

ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ALBUMINURIE DIPHTHÉRIQUE

ET DE

SA VALEUR SÉMIOLOGIQUE

DU MÊME AUTEUR

Hémorrhagie intestinale dans la Cirrhose hypertrophique graisseuse. *Soc. anatom.*, 1882.

Mal perforant et Névrite sciatique. *Union médicale*, 1884.

Note sur deux cas de contracture traumatique. *France méd.*, 1884.

Considérations sur la suture des tendons. *Gaz. méd. de Paris*, 1885.

Cancer de l'Amygdale, en collaboration avec BERTHOD. *Gaz. médicale de Paris*, 1884.

Accidents laryngés tardifs de la Rougeole. *Revue des Maladies de l'Enfance*, 1887.

Un cas de farcin aigu chez l'homme. *France médicale*, 1887.

Embolies multiples. *Société anatomique* et *Société clinique*, déc. 1887 (en collaboration avec M. FERNET).

ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ALBUMINURIE DIPHTHÉRIQUE

ET DE

SA VALEUR SÉMIOLOGIQUE

PAR

Le Docteur Henry BARBIER

Lauréat de la Faculté de Médecine de Nancy
(Médaille d'argent, 1er Prix 1879)
(Mention honorable 1880)
Ancien interne lauréat des Hôpitaux
(1re Mention, Concours de l'Internat 1882)
(1re Mention, Concours de la Médaille d'or 1887)
Ancien interne de l'Hôpital des Enfants-Malades
Membre de la Société clinique



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

1888

ÉTUDE CLINIQUE
DE
L'ALBUMINURIE DIPHTHÉRIQUE
ET DE
SA VALEUR SÉMIOLOGIQUE

AVANT-PROPOS

Au moment ou je mets la dernière main à ce travail, j'éprouve comme tous ceux qui m'ont précédé à ce moment de la vie, un sentiment de reconnaissance et de regret; de reconnaissance, envers mes maîtres qui m'ont guidé dès le début de mes études, et ont fait de moi ce que je suis; de regret, de ne pouvoir plus suivre leur enseignement et leur pratique, de la même façon qu'autrefois.

C'est à mes premiers maîtres de la Faculté de médecine de Nancy que je veux adresser tout d'abord mes remerciements les plus vifs. Ce sont eux qui m'ont fait aimer les choses de la médecine.

La mort a fait des vides parmi eux! C'est d'abord le professeur Ritter dont l'enseignement fut si suivi et si brillant, puis après lui le professeur Morel à la concision

si claire, et mon premier maître en histologie. Tous deux ont laissé un nom désormais ineffaçable.

Que M. le professeur Chrétien alors chef des travaux anatomiques et M. le professeur Heydenreich dont j'ai été l'externe veuillent bien recevoir l'expression de ma reconnaissance.

Il m'est doux maintenant d'accomplir le même devoir envers mes maîtres des hôpitaux de Paris : le meilleur de ce que je sais est leur œuvre et leur appartient tout entier.

Et tout d'abord que M. le professeur Bouchard veuille bien accepter l'expression de ma gratitude, pour avoir accepté la présidence de ma thèse et M. le professeur Grancher, pour avoir bien voulu m'autoriser à travailler dans son laboratoire à l'hôpital des Enfants-Malades.

M. le Dr *Polaillon*, ne m'a ménagé ni sa bienveillance ni ses conseils dans les choses de la chirurgie (1881, externat ; 1884, internat).

M. le Dr *Descroizilles*, dont j'ai été l'interne en 1885 m'a initié aux délicatesses de la médecine des enfants.

Je ne saurais assez témoigner également à M. le Dr Millard et à M. le Dr Fernet, mes maîtres en 1886 et 1887, à l'hôpital Beaujon, tout ce que je dois à leur science approfondie de la clinique et de la pathologie interne.

Enfin que MM. *Hanot* et *Hutinel*, dont j'ai été l'interne provisoire en 1882, et MM. *Oulmont*, *Tapret*, *Ed. Hirtz*, *Josias*, *Merklen* et *Quenu* reçoivent tous mes remerciements pour leurs leçons ou pour leurs conseils.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La connaissance de l'albuminurie dans la diphthérie, n'est pas très ancienne. Il ne faut pas remonter au delà de l'année 1857 pour rencontrer la première mention qui en fut faite dans la science. *Wade* en *Angleterre* la signala le premier à l'attention des cliniciens, et elle fut étudiée dès cette année en *France* par *Bouchut* et *Empis* d'une part et par *G. Sée* d'autre part. Ces auteurs dans des communications à l'Académie des sciences et à la Société des hôpitaux, en étudièrent les caractères cliniques fondamentaux, et cherchèrent à en donner une explication satisfaisante. Sa fréquence fut dès lors admise; néanmoins la connaissance de ce symptôme était encore loin d'être complète et générale, pour qu'en 1860 il en fût à peine question dans deux thèses présentées à l'agrégation. Dans l'une, celle de *Lorain*, il n'en est pas fait mention, et dans l'autre, celle d'*Hervieux* on peut lire, ce passage qui la concerne : « *c'est un phénomène* « *passager, dû, soit à l'asphyxie, soit à une scarlatine* « *intercurrente ; elle n'a aucune valeur sémiologique* ».

Comme on le voit, il n'y a pas encore à ce moment de corrélation bien établie entre ce symptôme et la diphthé-

rie, ou admise comme telle par tout le monde, malgré des travaux qui ne datent que de deux ans à peine, et sa valeur sémiologique est considérée comme nulle.

Mais tous les médecins qui sont à même d'observer la diphthérie, sont frappés de la coexistence qui existe entre cette maladie et l'albuminurie; et il ne fait plus de doute pour personne que l'une ne soit la conséquence de l'autre : l'albuminurie, et, comme l'avait déjà remarqué *Barthez* (1858) une albuminurie abondante, fait partie des symptômes de l'empoisonnement diphthérique.

Dès lors ce symptôme est classé, étudié, et on cherche à en apprécier la valeur; chose que G. Sée avait déjà faite à propos de ses propres observations dès l'année 1858.

Bientôt les investigations se tournent vers les causes physiologico-anatomiques de cette albuminurie. Abandonnant l'asphyxie, la simple congestion rénale, comme causes de ce désordre, les anatomistes recherchent dans le rein les altérations qui la produisent. *Talamon*, *Brault*, *Gaucher* cherchent à établir les données positives de la lésion diphthérique; et, après la congestion asphyxique, l'hyperhémie, on en arrive à l'idée de la néphrite infectieuse.

Cependant, ni anatomiquement, ni cliniquement l'accord ne semble établi, unanime.

Anatomiquement, il semble que le rein ne se présente pas toujours sous le même aspect. Tantôt violacé, tantôt jaunâtre, il a son aspect normal dans d'autres cas.

Cliniquement, si, comme symptôme, l'albuminurie est admise par tous, sa valeur sémiologique est l'objet de nombreuses contestations. Après lui avoir donné sa place

dans le tableau de la maladie, on lui enlève toute importance pour juger de celle-ci. On en revient à ce qu'avait déjà dit *G. Sée*, « *l'albuminurie diphthérique n'est qu'un épiphénomène sans importance* », c'est du moins l'opinion du plus grand nombre. Et pourtant on la surveille avec soin dans toute diphthérie. Y avait-il là un jugement sans appel?

Pendant l'année d'internat que j'ai passée à l'hôpital des Enfants-Malades, j'ai eu, comme interne de M. le D[r] Descroizilles, à m'occuper pendant 4 mois du pavillon d'isolement, et cela pendant les mois de l'année où la diphthérie sévit avec le plus d'intensité.

C'est le résultat de mes recherches sur ce point particulier que je veux essayer d'exposer. Mon intention était de commencer mon travail par le rein diphthérique. Cette étude m'eut amené naturellement à l'albuminurie. M. le professeur Grancher m'avait accordé la faveur de faire mes recherches dans son laboratoire. Mais je n'ai pu compléter d'une façon absolue cette étude anatomique et je réserve pour plus tard la description que je voulais en faire.

Cette albuminurie est très fréquente, surtout *si on prend soin de la chercher tous les jours*. Sur tous les cas réunis, on peut dire que sa présence est la règle, et son absence l'exception (1).

(1) Je donne l'impression que m'ont donnée mes observations ; ma statistique arrive à un chiffre plus élevé que celui qu'on admet généralement. Ainsi M. Sée dit qu'elle existe dans la moitié des cas ; M. Sanné dans plus de la moitié. MM. Maugin et Bergeron, l'avaient trouvée dans la majorité des cas. — C'est plutôt à ce résultat que je suis arrivé.

Cette albuminurie a souvent une marche spéciale, des allures capricieuses se manifestant par des variations brusques dans sa quantité, sans que la marche de la maladie en puisse le plus fréquemment donner une explication rationnelle.

Les urines qui en renferment, ne sont ni troubles ni sanguinolentes ; elles sont diminuées en quantité, mais jamais jusqu'à l'anurie, du moins comme phénomène initial. Enfin, cette albuminurie ne s'accompagne pour ainsi dire jamais d'anasarque ou de phénomènes urémiques ; et à sa suite, une fois la maladie guérie, on ne voit pas s'accomplir l'évolution ordinaire des néphrites chroniques. C'est donc un phénomène passager, un phénomène d'état de la maladie.

Que vaut-il dès lors pour apprécier la gravité de celle-ci ? Comme je l'ai déjà dit, on tend à accepter en général, que ce n'est qu'un épiphénomène et qu'il n'a aucune influence sur la marche de la maladie. Mais il y a lieu de faire une distinction.

Dire que l'albuminurie diphthérique n'a pas sur la santé du malade la gravité de celle qui survient par exemple dans la convalescence de la scarlatine, rien de plus juste ; mais lui refuser toute valeur, la considérer comme un signe sans importance qui ne peut donner aucun renseignement sur la gravité relative de la maladie, c'est, je crois, une opinion beaucoup trop exclusive, et trop radicale.

Aussi, avant d'aborder l'étude clinique de l'albuminurie diphthérique dans ses détails, voudrais-je la discuter, et essayer de critiquer les bases sur lesquelles elle repose.

La première statistique où l'on ait cherché à établir une relation entre la gravité de la diphthérie et l'albuminurie, est celle de M. Sée. Elle fut communiquée à la Société médicale des hôpitaux. La voici :

1. Croups albuminuriques (dont 9 opérés). 11 Morts 5
2. Diphthéries non albuminuriques .... 16 Morts 9

Ce qui donne :

1. Croups albuminuriques. ..... 45.37 *p.* 0/0 *de décès*
2. Diphthéries non albuminuriques 50.35 *p.* 0/0 *de décès*

La conclusions brutale à tirer est celle-ci : « *l'albuminurie favorise la guérison* ».

M. *Moizard* dans sa thèse donne une statistique moins consolante :

34 Croups

Albuminuriques opérés. 19		Non albuminuriques. 15	
GUÉRIS	MORTS	GUÉRIS	MORTS
3	16	3	12
pour 0/0	84 *de décès*	pour 0/0	80 *de décès*

La statistique se renverse.

Je trouve dans le livre de M. Sanné la statistique générale suivante :

Diphthéries albuminuriques. 233		Diphthéries sans albuminurie. 160	
GUÉRIS	MORTS	GUÉRIS	MORTS
91	142	97	63
p. 0/0	60.94 *de décès*	p. 0/0	39.37 *de décès*

« *De sorte que, dit M. Sanné, l'albuminurie coïncide-*
« *rait volontiers avec les cas graves. Cependant on se*
« *convainc que cette statistique, comme toutes les statis-*
« *tiques brutes, n'est pas l'expression de la vérité, au*
« *moins en ce qui concerne l'influence fâcheuse exercée*
« *par l'albuminurie.* »

En d'autres termes, cette différence tient à d'autres causes, et l'albuminurie n'y entre pas pour une aussi grande part que la statistique l'indique.

Et en effet, prendre tous les cas de diphthérie en bloc, indistinctement, les classer uniquement d'après la présence ou d'après l'absence d'albumine dans les urines, constitue un procédé grossier, peu scientifique, qui ne peut avoir et n'a en réalité aucune valeur, pour apprécier la valeur de ce symptôme. On laisse de côté une foule de facteurs, qui ont triste et large part dans l'élévation du taux de la mortalité. Lorsqu'on voit des broncho-pneumonies emporter en quelques jours des enfants superbes, opérés du croup, et lorsqu'on voit les lésions sur la table d'amphithéâtre, on n'en est pas à se demander l'importance de quelques centigrammes d'albumine dans les urines, ni à faire figurer ces cas malheureux dans une statistique dont l'albuminurie formera la base. La question n'est pas là.

Il ne faut pas demander à un symptôme plus qu'il ne peut donner. Je crois que l'albuminurie est un signe important, je crois qu'elle a sa valeur dans certains cas déterminés, mais je crois aussi que, si on la considère seule, sa valeur n'est pas telle qu'elle puisse servir de base statistique au pronostic de la diphthérie à l'exclu-

sion d'autres manifestations plus graves de la maladie.

Je m'explique :

Lorsqu'on veut établir sur des données sérieuses, la valeur pronostique que peut avoir une complication d'une maladie, il faut, ce semble, deux conditions fondamentales. La première, c'est que cette complication existe seule ; la seconde, c'est que si elle n'est pas seule, elle efface toutes les autres par son importance.

Or, nous l'avons vu, l'albuminurie diphthérique n'a pas la valeur d'une complication vitale, elle ne saurait reléguer au second plan des complications plus graves et mortelles ; voilà pourquoi les statistiques où on la prend uniquement pour base, ne sauraient être tenues ni pour très sérieuses ni pour très démonstratives.

Si l'on veut apprécier l'importance de l'albuminurie dans la diphthérie, il faut se bien pénétrer de sa cause et des conditions qui la provoquent et l'entretiennent.

Les belles recherches du professeur *Bouchard* ont jeté une lumière toute particulière sur la pathogénie des urines albumineuses dans les fièvres et dans les maladies parasitaires ; le traumatisme du rein par l'agent infectieux, l'albuminurie symptomatique d'une néphrite spécifique sont aujourd'hui de connaissance générale et trouvent leur application immédiate dans la maladie qui nous occupe.

La diphthérie est une maladie microbienne ; son organisme est peut être le bacille de Lœffler ; ce n'est pas le premier d'ailleurs que l'on décrit. Si donc la diphthérie est une maladie infectieuse, elle a comme telle, une porte d'entrée et des localisations diverses. Il y a à considérer,

l'agent infectieux d'une part et le terrain d'autre part; celui-ci variant, non pas seulement chez des individus différents, *mais chez le même individu selon les organes où l'agent infectieux s'arrête et peut proliférer ou non.*

Sans vouloir discuter la porte d'entrée du bacille, il n'en reste pas moins vrai que l'angine ou la laryngite pseudo-membraneuse constituent en général les premières manifestations de la maladie. Quelle valeur aura dès lors l'apparition de l'albuminurie?

Pour répondre à cette question, il faut nécessairement s'arrêter un peu, sur les conditions pathogéniques, et dire un mot des hypothèses émises à ce sujet.

La première est que le sang se trouve passagèrement plus riche en principes albumineux, lesquels s'éliminent par les urines. On est amené ainsi à admettre que la diphthérie, maladie à productions fibrineuses multiples, augmente la proportion des principes protéiques dans le sang. C'est l'idée à laquelle s'était rattaché Gubler. Mais l'état du sang dans la diphthérie, cet état particulier qu'a le premier bien décrit *Millard*, caractérise bien ainsi que le remarque M. *Sanné*, la dyscrasie désignée sous le nom de sang dissous, dyscrasie dans laquelle la fibrine du sang est diminuée (*Andral et Gavarret*).

Cette hyperalbuminose peut aussi s'expliquer autrement. On peut dire que l'agent infectieux circulant dans les vaisseaux altère profondément les milieux nutritifs, et, portant son action sur les éléments figurés, détruit les globules sanguins (*Quinquaud*) et mortifie les éléments cellulaires des tissus. L'albumine provenant de ces déchets organiques est éliminée par le rein.

Il y a évidemment, en dehors des lésions rénales, à tenir grand compte de ces hypothèses.

Restent les lésions rénales. Quelle en est la cause ? Probablement la présence dans le rein de colonies bacillaires; car la preuve n'est pas encore faite d'une façon absolue. Je laisse de côté la question de savoir si ces organismes y trouvent un terrain favorable à leur développement. Pour le moment, je veux faire simplement remarquer que cliniquement, l'*albumine est le plus souvent peu abondante, passagère, sujette à des oscillations journalières marquées.*

Que les grands accidents urémiques sont rares.

Que la néphrite chronique vulgaire ne s'observe pour ainsi dire jamais à la suite de la diphthérie.

Ces caractères justifient jusqu'à un certain point l'idée que les bacilles ne sauraient s'installer dans le rein comme ils s'installent dans les muqueuses; et que celui-ci reçoit une série de chocs dont il se remet très-bien.

Leur recherche d'ailleurs n'a donné que des résultats incertains (Lœffler) j'ai fait moi-même un certain nombre d'examens sans succès (1).

En résumé donc, l'albuminurie est un signe que l'agent infectieux circule dans le sang, voilà sa valeur sympto-

(1) J'ai suivi rigoureusement la technique recommandée par Lœffler; les coupes sont plongées dans une solution de bleu de méthylène composée elle-même d'un mélange de 100 centim. cubes de solution aqueuse de potasse à 1/10000 avec 30 centim. cubes de solution alcoolique de bleu de méthylène. Les coupes y séjournent quelques minutes et sont ensuite plongées quelques secondes dans une solution d'acide acétique à 1/50 puis dans l'alcool, et montées dans le baume.

matique, c'est donc un signe d'infection et à ce titre, son importance s'affirme. Par contre, lorsqu'elle n'existe pas, qu'est-on en droit de conclure, sinon que le rein n'est pas touché? En d'autres termes, l'albuminurie n'a pas de valeur d'absence; quant à sa valeur de présence, prise en bloc elle peut sembler négligeable, mais si on la suit de plus près dans ses caractères cliniques, quelle que soit la bénignité apparente de l'angine, elle peut acquérir une importance précieuse pour le pronostic du médecin.

Je n'ajouterai plus qu'un mot à cette partie de mon travail déjà trop longue, c'est qu'on se fera une idée beaucoup plus juste de la gravité et de la bénignité d'un cas de diphthérie, en ne prenant pas uniquement comme base de son jugement, les caractères extérieurs de l'angine. Celle-ci à elle seule ne suffit pas toujours. Non plus qu'on ne devrait s'effrayer outre mesure de localisations anormales, comme la diphthérie nasale, celle de la bouche et celle de la peau.

Sans doute, les angines dites toxiques, hypertoxiques, la multiplicité des fausses membranes, se rencontrent de préférence dans les diphthéries graves; mais cette règle n'a rien d'absolu.

On trouvera parmi les pièces justificatives, une série d'observations qui viennent du service d'Archambault. Je les dois à l'obligeance de mon excellent maître et ami Thibierge. Devant le nombre considérable de ses observations jointes aux miennes, j'ai dû les condenser le plus possible.

J'ai réuni ainsi environ cent vingt observations, que

j'ai étudiées et classées. C'est de ces documents seuls que j'ai tiré les résultats que je me propose d'exposer (1).

(1) Ce travail était déjà fait, lorsque j'ai pris connaissance d'un mémoire de M. Cadet de Gassicourt paru dans la Revue des maladies de l'enfance. Ce n'est pas sans plaisir que j'ai vu que mes recherches m'avaient amené aux mêmes conclusions que celles de ce savant observateur, dans leurs parties essentielles.

CHAPITRE II

URINES

Coloration. — Elle est en général celle des urines ordinaires. Dans quelques cas surtout dans les cas graves, ou la quantité des urines diminue, elle se fonce un peu, mais jamais elle n'atteint la teinte de la bière brune. Dans quelques cas au contraire, rares il est vrai, elle est beaucoup plus pâle, l'urine acquiert alors la transparence et la couleur des urines nerveuses ; il n'est pas rare alors de noter la coexistence de troubles cérébraux.

En général, dans la majorité des cas, la coloration oscille entre le nº 3 et le nº 4 de l'échelle de *Vogel*.

Rapports avec l'albuminurie et les accidents terminaux. — Il ne semble pas qu'il y ait de corrélation absolue entre l'albuminurie et la coloration des urines. On peut dire cependant que les urines foncées accompagnent de préférence les grandes quantités d'albumine.

Il y a à tenir compte cependant des cas où la coloration est très pâle : et de ceux où il y a en même temps qu'une diminution dans la quantité des urines, une concentration de leur couleur.

Sur 4 cas, où les urines sont notées pâles, je relève :

D'abord : 2 sans albuminurie (Obs. 64 et 65) ;
1 où l'albuminurie varie sans que les urines changent de couleur (Obs. 93) ;
1 avec très peu d'albuminurie (Obs. 97),

parmi lesquels, **3** *se terminent par des accidents nerveux :*

Accidents convulsifs et comateux terminaux (Obs. 64);
Coma (Obs. 97) ;
Paralysie du palais (Obs. 93).

Les urines pâles qui ne semblent pas avoir de corrélation avec l'albumiuurie, paraissent au contraire accompagner souvent des accidents nerveux terminaux.

La coloration des urines n'a donc pas de rapport absolu avec l'albuminurie ; des urines foncées peuvent ne pas être albumineuses. Néanmoins, si lorsque en même temps que la coloration s'accentue, la quantité des urines diminue, il est de règle de voir l'albuminurie augmenter également. Il y a là un signe pronostic fâcheux ; souvent avant-coureur de la mort.

Transparence. — Les urines sont toujours claires au moment de l'émission. Je ne relève dans aucune des observations un seul cas où elles soient signalées comme troubles ou sanguinolentes. Mais par le refroidissement elles laissent déposer des sédiments qui offrent tous les caractères des sédiments uratiques. Traitées par l'acide nitrique, les urines demeurées claires, donnent un disque variable d'acide urique, abstraction faite de l'albumine possible (1).

(1) Au microscope la présence de globules rouges et de cylindres dans ces dépôts est exceptionnellement constatée.

Ces dépôts uratiques peuvent ne pas s'observer d'ailleurs tous les jours dans le cours d'une même maladie. Ils sont cependant fréquents et j'arrive au chiffre de 72/100, représentant les urines troubles par refroidissement, c'est-à-dire près des 3/4 des cas.

Rapport avec l'albuminurie. — Il n'y a pas de rapport entre l'albuminurie et ces dépôts uratiques, que l'on doit considérer comme l'indice d'un trouble profond de la nutrition générale. Ces deux symptômes sont indépendants.

Aussi sur l'ensemble des croups et des angines j'ai trouvé les proportions suivantes :

Urines chargées :	20 fois sur 26	diphth.	album.	Soit : 76 p. 0/0
Urines claires :	9 fois sur 11	»	»	Soit : 81 p. 0/0
Urines variables :	7 fois sur 10	»	»	Soit : 70 p. 0/0

Ces chiffres, comme on voit, se rapprochent.

Il n'y a aucun rapport non plus à établir entre la gravité de la diphthérie et ces dépôts, qui n'ont, en somme, pas grande valeur.

Quantité. — D'une manière générale elle est diminuée dans la diphthérie, et les urines, dès les premiers jours, tombent à un taux au-dessous de la normale, et s'y maintiennent avec quelques oscillations.

Lorsque la maladie se termine favorablement, la quantité des urines augmente et redevient ce qu'elle était auparavant.

On pourra s'en convaincre en parcourant les observations 17, 30.

Au contraire, il est fréquent de voir dans les derniers moments de la vie les urines se raréfier encore, et devenir en même temps plus albumineuses. Les observations 42, 45, 53 et 54 montrent ce parallélisme.

La quantité des urines a donc une importance assez grande. Leur *augmentation*, leur *abondance* sont des signes *de bon augure*. C'est une excrétion à surveiller.

CHAPITRE III

ALBUMINURIE

Je me suis servi pour l'examen des urines de l'acide nitrique et du réactif acéto-picrique d'Esbach. Ce dernier réactif a été uniquement employé pour coaguler l'albumine dans les cas où le dosage était fait; pour cela je me suis servi du tube d'Esbach, qui donne des résultats suffisamment exacts, lorsque la quantité d'albumine n'est pas trop considérable. Dans ce cas, ainsi qu'Esbach le recommande, l'urine était étendue de son volume d'eau et les résultats multipliés par deux.

Mais ce dosage exact n'a pas porté sur toutes les urines : pour les autres, j'ai pris pour point de comparaison les données fournies par l'acide nitrique.

Un léger louche : traces.

Un louche plus marqué : peu d'albuminurie.

Disque très accentué : quantité notable

Coagulation totale : beaucoup.

Fréquence. — La fréquence de l'albuminurie varie selon que l'on consulte les statistiques des différents auteurs : tous cependant s'accordent à la considérer comme très grande.

J'ai déjà donné les chiffres de MM. *Sée, Sanné et Bergeron* (page 9).

Sur 127 cas de diphthérie qui se décomposent en 55 *angines* et 72 *croups*, j'ai trouvé :

Sur 55 angines	21 *sans albuminurie.*
	34 *avec albuminurie.*
Sur 72 croups	11 *sans albuminurie.*
	61 *avec albuminurie.*

Soit pour le premier cas (angines) 67 *p.* 0/0 pour le deuxième cas (croups) 84 *p.* 0/0

Et sur les 127 diphthéries	32 *sans albuminurie.*
	95 *avec albuminurie.*

Ce qui donne pour 100 : 74.8 cas où l'albuminurie se montre, c'est-à-dire *dans plus des deux tiers des cas.* Ce chiffre est un peu supérieur à celui qui est donné par la plupart des auteurs.

On remarquera également qu'elle est beaucoup plus fréquente dans les croups que dans les angines.

Epoque d'apparition. — D'une manière générale, on peut dire que l'albuminurie est un signe précoce dans la diphthérie, et qu'elle suit de près les premières manifestations de la maladie sur la gorge ou sur le larynx. Malheureusement, à l'hôpital, on ne voit pas les enfants dès le début ; ils n'y viennent guère que le deuxième ou le troisième jour, quelquefois plus tard.

Quoi qu'il en soit, on peut dire, que c'est surtout du *troisième au cinquième jour* que l'on trouve le plus sou-

vent l'albuminurie ; du 5e *au* 8e *jour* elle apparaît également avec le même degré de fréquence pour chacun d'eux, y compris *le second jour.*

Plus rarement elle se montre plus tard, le 10e *et le* 11e et même le 15e jour. M. Sanné l'a constatée deux fois au 37e et au 38e jour seulement.

Lorsqu'elle se montre ainsi tardivement, elle coexiste quelquefois avec le développement de nouvelles fausses membranes : c'est une rechute de la maladie et dans ces cas on la voit quelquefois précéder de quelques jours la mort du malade. Mais cette réserve faite, l'époque où elle apparaît ne semble liée en aucune façon à la sévérité de la diphthérie.

Cependant je ferais volontiers une restriction pour ces diphthéries à marche suraiguë dont le sombre tableau se déroule avec une rapidité effrayante.

Un enfant est pris brusquement d'angine grave ; en quelques heures il devient blafard, son cou se tuméfie, son œil s'éteint ; sa gorge n'est plus qu'une fausse membrane épaisse, grise, mollasse et horriblement fétide. On l'apporte mourant à l'hôpital, inerte, la sensibilité cutanée émoussée ou perdue, presque un cadavre. L'opération hélas est impuissante ; il meurt le lendemain, quelquefois plus tôt. Si l'on examine les urines, on y trouve, le plus souvent, des flots d'albumine. Que faut-il en penser ? *C'est que l'albuminurie précoce se montre dans les cas que leur gravité extrême place au premier rang de ce qu'on a appelé les diphthéries hypertoxiques.*

Cependant un doute subsiste quand on songe aux débuts souvent si insidieux de l'angine diphthérique : et

surtout dans le milieu ou nous observons à l'hôpital, on peut se demander si cette éclosion subite de symptômes mortels, n'est pas la manifestation brutale d'un mal jusque-là silencieux ou inaperçu.

Quoi qu'il en soit, comme conclusion pratique, se méfier, quelle que soit l'angine, de ces diphthéries qui s'accompagnent, dès le début, d'une albuminurie abondante ; ce sont le plus souvent des diphthéries qui ne pardonnent pas.

Sur 52 cas où la présence de l'albumine se trouve notée à l'entrée du malade à l'hôpital, les jours d'apparition de ce symptôme se trouvent ainsi répartis.

Le 2e jour	5
— 3e —	13
— 4e —	12
— 5e —	4
— 6e —	5
— 7e —	3
— 8e —	4
— 9e —	2
— 10e —	1
— 11e —	2
— 15e —	1

Ce tableau montrerait que dans la moitié des cas, c'est du deuxième et du troisième jour à partir du début des accidents que l'albuminurie apparaît. Mais on ne doit pas oublier que cette date correspond le plus souvent à celle de l'entrée des malades à l'hôpital, c'est-à-dire à celle du premier examen des urines, et qu'en réalité l'albuminurie doit être encore plus précoce.

Coagulabilité et rétractilité. — L'albumine des diphthériques est coagulable par la chaleur et l'acide picrique ; et il se forme dans presque tous les cas un coagulum nettement séparé du liquide qui l'entoure.

Dans deux cas seulement, et d'une façon transitoire, la coagulation ne s'est pas faite dans les tubes à dosages. C'est donc une albuminurie rétractile (1).

Quantité. — La quantité d'albumine contenue dans les urines des diphthériques, varie de *quelques centigrammes à* 10 *gr.* et *plus* par litre. Nous l'avons vu atteindre le chiffre de 12 *gr.* et dans un seul cas celui de 14 *gr.* (Obs. 48) par litre.

Mais dans l'immense majorité des cas, c'est par 0,10, 0,20, 0,30 centigr. qu'elle se compte.

C'est comme on le voit une quantité faible pour une albuminurie de néphrite aiguë.

Dans quelques cas, cette quantité est tellement minime, que les réactifs ne donnent qu'un très léger louche et qu'elle devient indosable au moyen du tube d'Esbach. On ne trouve le lendemain tassé au fond du tube, qu'un dépôt disposé comme un voile sur les parois.

(1) L'étude de l'albuminurie au point de vue chimique ne manquerait pas d'être très intéressante, mais je laisse à plus compétent que moi cette question.

Rapports de la quantité d'albumine avec les autres manifestations de la diphthérie (Angine, Coryza, paralysie, etc.).

J'examinerai successivement les cas où l'albumine s'est montrée :

1. *Très légère.*
2. *Abondante.*
3. *Variable.*

1° — CAS OU L'ALBUMINURIE EST TRÈS LÉGÈRE

Ce chapitre comprend. A. 16 angines et B. 21 croups.

A. **Angines : 16**. Se décomposant ainsi :

1° — *Angines bénignes.* Obs. 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34. *10 cas*
Sur ces dix cas je ne relève qu'un coryza intense.

2° — *Angines intenses.* Obs. 35, 36, 37, 38, 39, 40............ *6 cas*
Sur ces 6 cas, il y a : Coryzas . . 3 dont 2 très intenses.
Paralysies. 3 dont 2 du voile du palais.
1 généralisée.

Ces paralysies sont survenues au bout de : 6 jours (Obs. 37), 18 jours (Obs. 36), un mois (Obs. 35).

Mortalité. — Les 10 angines bénignes ont toutes guéri.
Les 6 autres donnent : Morts... 3
Guéris.. 3

En tout : *Guéris*.. 13
Morts... 3

Dont une après une angine prolongée et paralysie du voile du palais. Les deux autres par infection.

B. — **Croups : 21**. Se décomposant ainsi :

1° — Croups simples. . . . . 3 (obs. 72, 75, 83).
2° — Croups s'accompagnant de :

A. — Angines bénignes.	simples	3	(obs. *74*, *90*, 91).
8.	et coryza	2	(obs. *84*, *92*).
	diphthérie trachéale. . .	2	(obs. 82, 77).
	coryza et phénom. nerveux.	1	(obs. 81).
B. — Angines intenses.	simples	1	(obs. 85).
5.	et diphtérie trachéale. . .	1	(obs. *89*).
	et diphtérie buccale . . .	1	(obs. *87*).
	et phénomènes nerveux .	1	(obs. 79).
	coryza et diphth. trachéale.	1	(obs. 86).
C. — Ulcération buccale diphthérisée		1	(obs. *71*).
D. — Diphthérie de la peau		1	(obs. *88*).
E. — Coryza.		1	(obs. 78).
F. — Diphthérie trachéale		1	(obs. 80).
G. — Sans renseignements.		1	(obs. 75).

N. B. — Les chiffres mis en italiques correspondent aux guérisons.

Mortalité. — Sur ces 21 croups il en est **11** dans lesquels la Bronchopneumonie post-opératoire a emporté les malades.

Restent : *Morts* 2
Guéris. 8

Ces derniers cas terminés par la mort concernent :
Croup avec angine bénigne et phénomène nerveux . . . 1 (obs. 84).
Croup avec angine intense, coryza, bronch. pseudo-memb. 1 (obs. 86).

Les huit guérisons concernent les malades des observations 74, 90, 84, 92, 89, 87, 88, 71 dont on pourra lire les accidents en se reportant au tableau B.

Si maintenant nous faisons abstraction du malade de l'observation 86 qui est mort accidentellement étouffé ar un paquet de fausses membranes, il nous reste 9 cas

de croups à manifestations diphthériques multiples et à albuminurie légère sur lesquels il y a : *guéris*, 8 ; *morts*, 1. Quatre malades n'ont pas été opérés (Obs. 74. 87. 88, 89).

Il ressort de ce qui précède, que lorsque l'albuminurie est et reste peu abondante, elle peut accompagner les diphthéries à localisations les plus multiples, mais qu'elle se montre surtout dans les formes qui ne se déterminent pas fatalement, à manifestations bénignes.

2° — CAS OU L'ALBUMINURIE EST ABONDANTE

Ce chapitre comprend 13 diphthéries dont :
A. Angines : 9 ; B. Croups : 4.

A. — **Angines : 9**. Se divisant ainsi :

1. — *Angines bénignes* mais avec des accidents nerveux et du collapsus. Bronchite pseudo-memb. et broncho-pneumonie à l'autopsie (obs. 53) . . . . 1 cas
2. — *Angine de moy. intensité* mais avec de la glossite pseudo-memb. et une durée longue de la maladie (obs. 47) . . . . 1 cas
3. — *Angines intenses* (Obs. 45, 46, 48, 49, 50, 51, 54) . . . . 7 cas

Sur ces 7 cas il y a :	Angines simples	4
	Angine et coryza	1
	» » Br. pseudo-m .	2

Mortalité. — Deux guérisons seulement. La première concerne l'enfant du n° 47. La deuxième celui du n° 48 qui quitte l'hôpital avec une anémie profonde, une persistance de l'albuminurie, et une paralysie du voile du palais.

B. — **Croups : 4.** Se décomposant ainsi :

1. — Avec angine intense. . . . . 2 cas
dont un (obs. 109) avec phénomène nerveux, somnolence, paralysie du palais.

2. — Avec angine et coryza. . . . . 2 cas
dont un (Obs. 111) avec bronchite pseudo-membraneuse.

Mortalité. — *Décès : 4.* Deux d'infection avec broncho-pneumonie probable.

En résumé, lorsque l'albuminurie est abondante, et reste abondante pendant toute la durée de la maladie, elle accompagne les diphthéries graves, se manifestant par des localisations multiples de la fausse membrane, sur les muqueuses, et la peau d'une part, et de l'autre par des paralysies et un état anémique, signes évidents de l'atteinte profonde portée à l'organisme.

3° — CAS OU L'ALBUMINURIE VARIE EN QUANTITÉ

Variations de l'albuminurie. — Dans le cours d'une diphthérie, il est assez fréquent de voir apparaître une albuminurie légère, qui disparaît en quelques jours, parfois même en 24 ou 36 heures. Ces cas ont été rangés dans les diphthéries avec albuminurie légère. Nous n'y reviendrons pas.

Nous rangeons seulement dans ce chapitre les cas où une albuminurie dûment constatée, subit d'un jour à l'autre des variations brusques dans sa quantité. Malgré ces variations, l'albuminurie peut rester modérée, ou bien

au contraire devenir à un moment très abondante : de là deux formes spéciales à distinguer :

1° Dans la première, l'albumine se montre puis disparaît, puis reparaît de nouveau, ou bien elle augmente et diminue d'un jour à l'autre. *Albuminurie variable peu abondante.*

2° Dans la seconde, l'albuminurie est à certains jours très abondante.

1° *Albuminurie variable peu abondante.*

Je n'ai qu'une angine et 4 croups où ce caractère se soit nettement montré.

A. — **Angine : 1**

Angine intense avec coryza intense (Obs. 44). 1 cas

B. — **Croups : 4**. Se répartissant ainsi :

a. Avec angine légère. . . . . . . 1 cas (Obs. 95)
b. » » et diphthérie cutanée . . . . 1 cas (Obs. 98)
c. Avec angine intense, diphth. cutanée et broncho-pneumonie . 1 cas (Obs. 96)
d. Coryza, conjonctivite pseudo-m. paralysie du voile du palais et broncho-pneumonie . . . . . 1 cas (Obs. 102)

Mortalité. — Angine guérie . . 1
Croups { guéris . 2
Croups { morts . 2

Manifestations diphthériques multiples et mortalité déjà intense, tel est le bilan de cette forme.

2° *Albuminurie variable, abondante à certains moments.* — Ce chapitre comprend : A. — 3 angines et B. — 9 croups.

A. — **Angines : 3** cas, dont :

1. Modérée (Obs. 28)	1
2. Intense (Obs. 43)	1
3. Intense avec coryza et paralysie du voile du palais (Obs. 41)	1

Mortalité. — Toutes guéries.

B. — **Croups : 9** cas, dont :

Avec angine légère (Obs. 99, 100, 101, 105)	4
» » et broncho-pneum. (Obs. 103, 104)	2
» » et diphthérie cutanée (Obs. 94) .	1
Avec bronchite pseudo-membr. (Obs. 97)	1
Avec paralysie du voile du palais (Obs. 93)	1

Mortalité. — Guéris . . . . 7 (dont 2 non opérés).
Morts. . . . . 2 (Obs. 103, 97).

Ce tableau n'est pas absolument l'expression de la vérité, il faut y ajouter un groupe d'albuminuries qui comprend les cas où une augmentation brusque de l'albumine précède de très peu la mort.

Ces albuminuries sont classées dans le tableau suivant. (*Albuminurie terminale.*)

A. — **Angines : 4** cas, dont :

1. Angine modérée, pâleur et affaissement terminal (Obs. 51).	1 cas
2. » intense et coryza (Obs. 52, 42)	2 »
3. » modérée, phénom. convulsifs, broncho-pneum. (124)	1 »

Mortalité. — Morts : 4. Infection.

B. — **Croups : 16** cas

dans lesquels on trouve à peu près d'une façon constante de la broncho-pneumonie et de la diphthérie bronchique.

Ces croups se décomposent ainsi :

1. Avec angine grave (Obs. 117) 1
2. » » bronchite pseudo-m. (Obs. 118, 126) 2
3. » » diphthérie de la plaie (Obs. 125). 1
4. » » » » accidents convulsifs, paralysie (Obs. 131). 1
5. » » broncho-pneumonie (Obs. 127, 128, 130) 3
6. » » » phlegm. péritrach. (Obs. 115) . 1
7. » » coryza, broncho-pneumonie (Obs. 123). 1
8. » » » diphthérie cutanée et bronchique (Obs. 120). 1
9. » » » » labiale et » (Obs. 116). 1
10. » broncho-pneumonie (Obs. 129) 1
11. » » diphthérie de la plaie (Obs. 114) . . . 1
12. » bronchite pseudo-membr. (Obs. 121, 122). 2

Mortalité. — Morts : 16

dont { 7 broncho-pneumonies.
3 bronchites membraneuses.
3 avec des signes d'infection et des accidents nerveux.

Mais l'albuminurie ne s'est pas montrée avec la même abondance partout.

Sur ces 16 cas de croup, j'en trouve 6 (Obs. 116, 122, 123, 125, 127, 129) où elle a augmenté il est vrai, mais sans mériter l'épithète de très abondante au sens que nous assignons à ce mot. Elle s'est montrée au bout de quelques jours, et dans tous les cas, son apparition a coexisté avec une aggravation soit des symptômes locaux (angine, coryza, broncho-pneumonie), soit des symptômes généraux (pâleur, teint plombé, abattement).

Les dix autres observations concernent des albuminuries très abondantes, dépassant pour quelques-unes 10 gr. par litre et survenant avec une grande brusquerie soit comme symptôme nouveau, soit comme exagération d'un symptôme déjà existant.

Le tableau ci-dessus montre la coexistence de cette forme d'albuminurie avec des manifestations multiples et nombreuses de l'empoisonnement diphthérique. Je reviendrai sur ces formes cliniques qui me semblent avoir une grande importance, lorsque je parlerai de la valeur sémiologique de l'albuminurie.

Si l'on dresse maintenant le bilan de ces albuminuries variables et abondantes, en réunissant les deux tableaux précédents on trouve :

Mortalité. Angines, 57.14 0/0. Croups, 72 0/0.

CAS OU LA QUANTITÉ D'ALBUMINE A ÉTÉ RÉGULIÈREMENT CROISSANTE ET DÉCROISSANTE

Une angine sans croup (Obs. 22) à répétition semblant marcher en sens inverse de l'albuminurie, dans laquelle l'albuminurie a débuté, très légère le 7e jour, et a augmenté peu à peu jusqu'au 13e jour, à partir duquel elle a diminué. Elle existait encore à la sortie de l'enfant au 16e jour.

2. *Croups* — Dont : le 1er opéré (Obs. 106), l'albuminurie n'est constatée que le 4e jour de son entrée, le 5e elle a diminué notablement et disparaissait le 8e. Il y a en plus la trachéite membraneuse.

Dans le second non opéré (Obs. 107), l'albumine est constatée le 4e jour de son entrée, abondante, elle diminue le 7e et disparaît le 9e jour. L'enfant a eu au bout de quelque temps, une paralysie du voile du palais.

Mortalité. — 3 guérisons.

Marche et caractères cliniques de l'albuminurie.

Nous avons étudié jusqu'à présent à quel moment se montrait l'albumine et quelle était sa quantité ; nous avons montré les rapports qui lient cette dernière aux différentes localisations de la diphthérie, nous devons maintenant montrer les diverses modalités cliniques de l'albuminurie et sa marche en tant que symptôme.

Nous avons déjà touché à ce point particulier de son histoire en parlant des variations qu'elle éprouve comme quantité. Mais le moment est venu de synthétiser ces données éparses, et d'en donner un aperçu un peu plus complet.

Pour étudier la marche de l'albuminurie et en donner les caractères, il est de toute nécessité de distinguer les différents cas entre eux et de les classer en catégories. Cette division servira également de base à notre étude sémiologique

1° Dans un premier groupe de faits, l'albuminurie est peu abondante, sa durée est quelquefois si courte qu'on ne la constate qu'une seule fois dans le cours de la maladie.

2° Le groupe suivant comprendra les diphthéries dans

lesquelles l'albuminurie est et reste abondante, et dure un temps beaucoup plus considérable.

3° La quantité d'albumine subit des variations brusques, telles qu'on ne retrouve plus ou à peine, dans des urines qui en renfermaient la veille de grandes quantités.

Nous ferons une mention spéciale des cas où l'albumine apparaît en plus ou moins grande quantité dans une urine qui n'en renfermait pas et précède la mort des malades (Albuminurie terminale), et de ceux où l'albuminurie d'abord peu abondante, suit une marche régulière, croissante, et disparaît de même progressivement. (Albuminurie régulièrement croissante et décroissante.)

Nous adopterons donc l'ordre suivant correspondant à ces divisions :

1° Albuminurie légère.
2° Albuminurie abondante.
3° Albuminurie variable comprenant :
  a. — Albuminurie terminale ;
  b. — Albuminurie régulièrement croissante et décroissante.

1° — ALBUMINURIE LÉGÈRE

Cette albuminurie comme son nom l'indique est peu abondante, elle donne par les réactifs un léger louche.

Elle se montre souvent dans le cours de la maladie, alors que jusque-là l'examen des urines était resté néga-

tif. Elle n'a alors qu'une durée éphémère (Albuminurie légère passagère).

Pendant un jour ou deux on peut la déceler, puis elle disparaît et ne se montre plus. Quelquefois elle a une durée plus longue (albuminurie légère permanente), variant de 3 à 5 jours, tantôt ne donnant que des traces par l'examen chimique, allant parfois jusqu'à 0,50 et 0,75 par litre, mais oscillant le plus souvent entre 0,05 centigr. et 0,50 centigr. Son apparition coexiste quelquefois avec de nouvelles poussées de fausses-membranes sur la gorge ou une autre localisation de celle-ci ; mais il n'y a aucune règle absolue à cet égard, bien que cette coïncidence soit très intéressante en ce sens qu'elle est la preuve tangible d'un nouvel assaut de la maladie, d'une sorte de recrudescence d'action de l'agent infectieux.

2° — ALBUMINURIE ABONDANTE

Cette forme d'albuminurie n'offre rien de particulier à signaler ; l'albumine reste à un taux élevé de 2 à 7 gr. et plus. Elle dure parfois très longtemps avec des exacerbations ou des diminutions journalières, et elle persiste dans quelques cas alors que la diphthérie semble guérie en temps que manifestations extérieures. Les Obs. 47 et 48 en sont un exemple frappant : sa durée est courte parce que courte elle-même est la maladie, parce que le plus souvent elle accompagne les formes graves de l'intoxication diphthérique, celles qu'on a nommées à juste titre hypertoxiques ou foudroyan-

les. D'autre part on voit cette forme de l'albuminurie accompagner des diphthéries dans lesquelles la reproduction de la fausse membrane se fait avec une ténacité désespérante. On nettoie la gorge avec soin, on badigeonne la muqueuse avec des solutions antiseptiques, et au bout de quelque temps la gorge est de nouveau remplie d'exsudats.

3° — ALBUMINURIE VARIABLE

Sous ce titre nous avons rangé les cas ou l'albumine a des variations tellement brusques que d'un jour à l'autre on trouve dans la recherche de l'albuminurie des différences parfois énormes.

C'est ainsi qu'à un certain moment on n'en trouve que des traces insignifiantes, tandis que la veille on en trouvait de grandes quantités suffisant pour caractériser une albuminurie abondante et s'élevant parfois jusqu'au chiffre de 7 grammes par litre. Le tracé 1 *de l'observation* 99 en est un exemple bien frappant. Le 4e jour de la maladie on trouve 0,45 centigr. par litre environ et le lendemain la quantité par litre atteint 5 gr. 45 ; le surlendemain 9 gr. et brusquement, dans l'espace de 24 heures elle retombe à 0,45 pour diminuer progressivement jusqu'à la fin de la maladie.

Le tracé 2, obs. 101, est moins accentué, mais la variation de l'albuminurie quoique plus restreinte, n'en est pas moins très accusée.

Cette forme d'albuminurie n'est pas rare, voilà pour-

quoi, lorsqu'on veut se rendre un compte exact de l'état de la sécrétion rénale, il est de toute nécessité de pratiquer un examen journalier des urines. Tel malade peu albuminurique la veille, se trouve l'être à un haut degré le lendemain.

Cette augmentation dans la quantité de l'albumine affecte quelquefois des rapports avec une nouvelle poussée de fausses membranes sur la gorge ou sur une autre muqueuse, ou sur la peau : ou bien elle coexiste avec une aggravation de l'adénopathie et de l'engorgement du tissu cellulaire du cou; ou bien encore elle précède ou elle accompagne les signes manifestes de l'intoxication diphthérique et de l'altération des humeurs; on voit les couleurs du visage disparaître et faire place à une pâleur très accusée, et au teint plombé, en même temps que les petits malades s'assoupissent ou tombent dans une série d'accidents convulsifs ou comateux qui les emportent.

Nous avons noté souvent cette coïncidence, mais elle n'est pas constante, surtout en ce qui concerne les nouvelles poussées de fausses membranes. Il n'y a rien là de quoi nous surprendre. Mais il n'en reste pas moins ce fait, que même en l'absence de l'aggravation d'une angine ou d'un coryza ou de toute autre manifestation muqueuse ou cutanée de la maladie, ces brusques élévations du chiffre de l'albumine, ne soient un signe que la maladie continue son œuvre offensive dans les organes, dans le rein pour le cas particulier qui nous occupe.

L'albuminurie peut varier de différentes façons, nous

avons déjà vu qu'une des formes cliniques de l'albuminurie, lorsqu'elle est légère, répondait aux cas où dans le cours d'une diphthérie, elle se montre un jour ou deux pour disparaître ensuite (*Albuminurie légère et passagère*), *page* 37.

On, il se peut que ces alternatives se répètent. L'albumine après avoir été constatée faible en quantité pendant quelques jours, disparaît un temps variable, pour réapparaître ensuite et disparaître de nouveau. Le malade est tantôt albuminurique tantôt pas. (*Albuminurie légère intermittente.*)

D'autres fois l'albuminurie existe légère et on la verra une ou deux fois dans le cours de la maladie sujette à des exacerbations marquées : un jour légère, un autre jour abondante, et cela sans transition brusquement ou bien existant à titre d'albuminurie abondante dès le début, elle tombera du jour au lendemain à un taux plus ou moins infime. (*Albuminurie variable proprement dite.*)

A ces trois groupes, il faut joindre ceux que j'ai cru ranger dans un chapitre à part, parce que dans l'un l'albumine suit également une marche croissante et décroissante, et que dans l'autre, l'ascension brusque de la courbe coïncide avec une aggravation des phénomènes d'intoxication et a précédé la mort de quelques heures ; albuminurie que j'ai distinguée sous le nom d'albuminurie terminale.

Dans le premier cas, l'albumine d'abord modérée augmente progressivement, atteint un taux stationnaire et décroît peu à peu. Cette forme est rare ; je n'ai que deux cas ou elle soit bien nettement accusée.

Enfin, dans le second cas où *albuminurie terminale* (obs. 121, 128), lorsque dans le cours d'une diphthérie peu albumineuse ou pas, il se fait une brusque ascension de la courbe, jusqu'à 9 et 10 grammes par litre. Les urines diminuent et la mort survient.

Cette forme n'est qu'un cas particulier de ceux ou l'albuminurie subit de grandes oscillations, mais j'ai tenu à en faire une mention spéciale pour montrer quelle sollicitude doit éveiller une augmentation brusque de l'albumine dans le cours d'une diphthérie même d'allures bénignes, et de quelle façon on doit l'envisager. Il est certain que dans tous les cas où elle se montre, la mort n'en est pas la suite obligée. Mais qu'est-ce que cela prouve, sinon que la résistance du sujet a été plus forte que le choc.

Durée.

On conçoit après ce que nous venons de dire, que la durée de l'albuminurie soit essentiellement variable.

Cependant lorsque l'albuminurie est peu abondante, on peut dire d'une manière générale, que c'est un phénomène transitoire de peu de durée; qu'au contraire lorsqu'elle existe en grande quantité sa durée est beaucoup plus longue.

On la voit dans le 1er cas se montrer un jour ou deux, puis disparaître, constituant une *albuminurie légère et passagère* ou bien se présenter un nombre plus considérable de jours, 4, 5 jours ou davantage, à l'état *d'albuminurie légère et permanente*, ou bien encore se montrer par instants pour disparaître ensuite (*albuminurie légère*

intermittente), à chacune de ses apparitions ne durant qu'un jour ou deux chaque fois, quelquefois plus.

Lorsque l'albuminurie est abondante et que les malades guérissent elle persiste souvent beaucoup plus longtemps. Les Obs. 47 et 48 montrent 2 cas où elle existe encore au 19e et au 21e jour.

Enfin dans quelques cas de guérison, lorsque les parents emportent leur enfant, qu'on laisse sortir, dès que les fausses membranes ont disparu, elle persiste encore lors de l'exeat.

On peut donc dire que la durée moyenne de l'albuminurie varie de 1 à 10 jours en moyenne, pouvant aller jusqu'à 26 jours et plus, surtout lorsqu'elle est abondante.

Pronostic.

Il n'est pas grave en ce sens, que par elle-même, l'albuminurie ne menace pas la vie du sujet. Pas d'anasarque, pas de phénomènes urémiques, pas de néphrite chronique consécutive ; telle est la règle généralement admise par tous.

Dans quelques cas rares, cependant, le rein semble avoir été assez atteint, pour qu'on voie évoluer une albuminurie chronique avec tous les accidents urémiques qu'elle peut engendrer par suite de la lésion rénale qui l'entretient. On trouvera plus loin (page 43) un cas de M. Moizard et les observations de Sanné. J'ajouterai que quelquefois on voit les malades mourir au milieu d'accidents convulsifs ou comateux qu'on serait tenté d'attribuer à l'urémie. Mais ces accidents ne peuvent-ils pas

relever de l'intoxication diphthérique? Leur constatation dans les cas où comme dans l'obs. 64, les urines ne contiennent pas d'albumine ou n'en contiennent que très peu (Obs. 81, 97), pourrait jusqu'à un certain point justifier cette manière de voir.

L'albuminurie dans la diphthérie n'est donc pas un symptôme vital : sa présence ne doit pas effrayer le médecin en temps qu'albuminurie.

Je ferais cependant volontiers mes réserves pour les cas où elle persiste avec une grande abondance et pendant longtemps. Ainsi les obs. 47 et 48 ne sont pas sans inspirer quelques inquiétudes sur la marche ultérieure des lésions rénales de ces malades, Je n'ai vu qu'une fois des accidents d'anasarque et d'urémie se montrer avec toutes les allures et l'aspect d'un mal de Bright chronique (1).

Valeur sémiologique de l'albuminurie.

A. VALEUR DIAGNOSTIQUE. — L'albuminurie n'étant pas un symptôme constant de la diphthérie, ne peut avoir une importance absolue dans les cas d'angine, où l'hésitation du diagnostic est permise dans ces cas, si l'examen des urines reste négatif, la diphthérie ne perd pas ses droits : et la question n'est pas tranchée.

(1) C'était chez une petite fille que la diphthérie avait surprise au milieu de manifestations graves de la scrofule. Elle eut une anasarque des plus caractérisées. M. Sanné aurait observé des accidents imputables au mal de Bright dans 7 observations sur 224. J'ajouterai que dans le cas de cette petite fille il s'agissait d'une rougeole compliquée de diphthérie. M. Moizard en cite un cas dans sa thèse.

Si les urines contiennent de l'albumine, surtout si cette albuminurie est abondante, ou présente à des jours différents les caractères que nous lui avons reconnus, la nature diphthérique de l'angine est probable. Mais nous devons reconnaître qu'il n'y a là, à part ces cas particuliers, comme par exemple une angine herpétique, qu'un signe d'une importance assez secondaire dans le diagnostic : c'est, si l'on veut, un signe de confirmation.

La constatation d'une albuminurie dans le cas d'accidents laryngés ou bronchiques sur la nature desquels on pourrait hésiter, et où l'examen de la gorge resterait négatif permettrait également d'éloigner l'idée de laryngite striduleuse par exemple ou de spasme de la glotte ou de toute autre maladie du larynx pouvant s'accompagner de suffocation. Je ne parle pas, bien entendu, des cas typiques, de ceux où la netteté des symptômes n'excuse aucune erreur. Mais la clinique nous réserve à chaque instant des types de maladie où des caractères fondamentaux sont atténués ou absents, et dans lesquels, il n'est peut-être pas sans intérêt d'avoir à sa disposition un moyen d'investigation et de certitude de plus, quelque détourné qu'il puisse être.

L'examen des urines s'impose donc surtout dans ces cas douteux au point de vue du diagnostic. Cet examen n'est pas moins nécessaire, pour juger de la nature de la maladie, et de sa gravité.

B. Valeur pronostique. — Nous avons vu, qu'en soi, comme symptôme isolé l'albuminurie n'a pas de gravité pronostique et qu'à ce titre on devait y voir un phéno-

mène transitoire sans importance en temps que phénomène vital. A ce point de vue elle mérite bien qu'on la considère comme un épiphénomène sans influence sur la marche et sur la terminaison de la maladie.

Mais si par elle-même, elle ne peut rien, n'est-il pas possible d'en tirer quelques données capables d'éclairer l'esprit, souvent hésitant, du médecin, lorsqu'il s'agit d'apprécier la gravité d'un cas particulier. J'avais déjà insisté sur les résultats contradictoires que donnent les procédés de statistique où on additionne indistinctement les cas de diphthérie, albuminuriques ou non, et dont on tire les coefficients de mortalité dans les 2 cas et j'avais aussi essayé de démontrer que dans une maladie à manifestations multiples, comme l'est la diphthérie, pouvant porter à un moment donné sur des organes immédiatement essentiels à la vie, il n'était peut-être pas de bonne méthode de procéder ainsi. En réalité, l'albuminurie peut donner quelque chose, seulement il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne peut donner.

Pour cela, il ne suffit pas de rechercher si l'albumirie se montre dans les cas mortels ou dans ceux qui ne le sont pas; et si elle est plus fréquente dans ceux-ci que dans ceux-là ou réciproquement.

Il faut aussi rechercher si elle ne se rencontre pas dans les diphthéries à localisations multiples plus souvent que dans les autres, en d'autres termes, si elle n'est pas un symptôme plus fréquent dans celles où l'imprégnation de l'organisme est plus profonde.

Pour se faire une idée encore plus exacte de ces variétés de la maladie, il faut tenir compte non seulement de

la terminaison favorable ou non de celle-ci; mais de sa durée, de l'intensité de ses localisations diverses, des suites qu'elle peut avoir au point de vue de la santé générale.

Les diphthéries qui ne s'accompagnent pas de croups ou celles où on n'opère pas, donnent à ce point de vue des garanties plus sérieuses que celles où l'enfant a subi la trachéotomie.

Il y a du fait de la plaie opératoire, et des modifications qu'elle apporte à *la qualité* de l'air inspiré, un élement quasi-étranger à la diphthérie, une complication qui procède évidemment d'elle, mais qui n'est pas elle. Néanmoins c'est dans les cas d'albuminurie abondante, que l'on voit surtout se développer la broncho-pneumonie, cette désolante complication, la terreur de tous les médecins qui opèrent les enfants atteints de croup, une des grandes causes de la mortalité des jeunes opérés.

Il est évident alors que la lésion pulmonaire prend une importance si grande qu'elle domine toute la scène morbide et que les malades meurent par leurs poumons comme dans une broncho-pneumonie ordinaire.

Comme il n'y a pas entre elle et l'albuminurie de corrélation suffisante, voilà par exemple un enfant non albuminurique, opéré de croup qui meurt de broncho-pneumonie et qui prend place parmi les diphthéries non albuminuriques terminées par la mort, sans autre explication !

Les mêmes réflexions sont applicables aux cas compliqués de diphthérie trachéobronchique. Une de nos observations concerne un enfant opéré mais qui meurt brus-

quement parce qu'un paquet de fausse membranes vient obstruer sa canule. Le malade avait très peu d'albumine dans les urines le mettrons-nous au passif des diphthéries avec albuminurie légère?

Mais ce n'est encore là qu'un des éléments du problème. La mortalité d'une maladie a certes une grande valeur pour apprécier sa gravité, mais on peut guérir même des atteintes les plus graves; c'est affaire de résistance de l'individu ; et si nous prenons les cas qui guérissent, il en est de tous les degrés depuis le plus bénin jusqu'au plus grave.

Il faut donc encore pour l'appréciation exacte de la valeur d'un symptôme, tenir compte de l'intensité des localisations de la maladie, de leur nombre, de la longueur de celle-ci et de ses suites.

C'est ce que nous avons essayé de faire et dans chacun des tableaux publiés plus haut; nous avons noté tous les accidents imputables à la maladie, et nous avons cherché à démêler dans tous les cas suivis de mort quelles avaient été les causes de celle-ci.

C'est d'après ces données que nous entreprendrons de déterminer la valeur pronostique de l'albuminurie et son importance dans l'appréciation de la maladie. Nous suivrons pour cette étude le même ordre que précédemment, en prenant pour base la quantité de l'albumine trouvée dans les urines. Seulement nous tiendrons aussi un grand compte de la durée de celle-ci et de ses variations.

Division. — Nous avons vu que l'albuminurie ne se montre pas dans tous les cas de diphthérie et que lors-

qu'elle existe elle peut varier en quantité et en durée, nous avons donc à considérer ce symptôme sous ces divers aspects.

1° Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

2° L'albuminurie est et reste peu abondante.

3° L'albuminurie est et reste abondante.

4° L'albuminurie est variable en quantité.

Ce chapitre comprendra les cas où l'albumine est :

A. Régulièrement croissante et décroissante.

B. Terminale.

Qu'on nous permette encore une fois de fixer ce que nous voulons rechercher.

On ne doit pas demander à ce seul symptôme une valeur absolue ; nous avons déjà suffisamment insisté sur sa signification physiologique pour qu'il soit superflu de dire encore pourquoi il en est ainsi. Il est entendu que l'albuminurie est un signe commun aux diphthéries graves ou bénignes ; nous voulons seulement déterminer les cas, où elle se présente avec certains caractères et voir s'il n'y a pas alors un rapport plus fréquent entre ceux-ci et certaines formes déterminées de la maladie.

1° — ABSENCE D'ALBUMINE

L'albumine comme nous l'avons vu, peut manquer assez souvent. Je relève 20 cas d'angines et 9 cas de croups, où elle n'a pas été constatée :

A. — **Angines** : 20.

1. — Angines légères		13
» » et coryza		1
» » et diphthérie labiale		1
» intense		2

En tout : 17 guérisons.

2. — Angine toxique avec broncho-pneumonie légère	1
» intense avec bronchite pseudo-memb. et broncho-pneumonie	1
» avec coryza léger, paralysie diphth. et mort subite.	1

En tout : 3 morts.

B. — **Croups** : 9, j'y relève :

1. — Angine peu intense	1
2. — Broncho-pneumonie	2
3. — Coryza modéré, angine et diphthérie de la plaie	2
4. — Bronchite pseudo-memb. avec ou sans angine	4

Mortalité : Guéris . . 3.
Morts. . . 6.

Les 3 guérisons de croup, dont une sans opération correspondent aux paragraphes 1 et 3. On remarquera que la plupart des angines ont guéri, que ce sont des angines peu graves, et dont la terminaison favorable a été rapide.

On peut donc dire que dans une diphthérie (1), lorsqu'on ne constate pas d'albumine dans les urines, il est permis d'espérer une forme bénigne (lorsque l'angine est peu grave), et une durée courte de la maladie, néanmoins, lorsque l'angine sera grave, que l'état général sera mau-

(1) Angine seulement, sans croup.

vais, l'appétit nul, et que des complications pulmonaires se montreront, l'absence d'albumine n'aura plus cette valeur de bon augure. Son importance sera annulée.

Quant aux croups on pourra leur appliquer la même loi et dire : lorsque en l'absence de localisations sur l'arbre trachéobronchique, il n'existe concurremment au croup qu'une angine simple avec ou sans coryza, et que l'albumine est absente des urines, le malade est dans les meilleures conditions possibles pour que la trachéotomie réussisse.

La guérison complète est souvent très rapide. Ainsi dans les deux croups opérés et guéris, la canule est enlevée le 5e et le 6e (1) jour : la plaie est fermée le 8e et le 10e jour.

		Angines	Croups
Mortalité. pour 0/0.	— Morts....	15	66.66
	Guéris....	85	33.33

Après l'opération, les accidents graves, surtout la broncho-pneunomie semblent moins communs.

2° Albuminurie légère. — Nous avons vu qu'elle peut être.

A. Passagère ou transitoire.
B. Permanente.
C. Intermittente.

(1) Elle n'a été enlevée définitivement que le 7e jour, l'enfant très irritable suffoque aux premières tentatives qu'on fait pour la lui enlever.

A. — Albuminurie passagère.

Angines. — *9 fois* cette albuminurie a accompagné des angines bénignes qui se sont toutes terminées par la guérison.

3 fois des diphthéries avec angine intense accompagnée 2 fois de coryza et une fois de paralysie au sixième jour, sur lesquels un décès par infection (Obs. 40).

12 cas . { 1 mort.
11 guérisons.

Croups. — Sur 11 cas il y a :

Croup simple et ulcère buccal diphthérisé. . . .				1	(Obs. 71).
»	avec angine bénigne.			2	(Obs. 74, 90).
»	»	»	» et coryza	2	(Obs. 84, 92).
»	»	»	intense et bronchite pseudo-membraneuse .	2	(Obs. 86, 77, Morts).
»	»	»	» et broncho-pneum. .	1	(Obs. 87).
»	»	»	» et ulcère buccal diphthérisé	1	(Obs. 85),
»	«	»	légère et broncho-pneumonie.	1	(Obs. 91, Mort).
»	»	»	intense, pâleur, somnolence et broncho-pneumonie	1	(Obs. 79, Mort).

11 cas . { 4 morts.
7 guérisons.

L'albuminurie légère et passagère se montre donc de préférence dans les diphthéries à localisations bénignes et peu nombreuses, la terminaison par guérison est la règle dans les angines sans croup et la durée de la maladie est peu considérable. Nous dirons donc :

Angine avec ou sans coryza ne s'accompagnant que passagèrement d'une petite quantité d'albumine ; pronostic favorable.

Dans les croups, dont 7 opérés, on remarquera la prédominance des manifestations bénignes de la diphthérie.

Il y a eu 4 morts. Trois avec de la broncho-pneumonie, un avec de la bronchite pseudo-membraneuse.

L'albuminurie passagère et légère se montre donc dans les cas ou la guérison est très fréquente et comme pour les angines nous dirons :

Croup avec angine ou coryza, sans autres complications respiratoires, pronostic favorable ; lorsque l'albuminurie est passagère, la trachéotomie se fera avec beaucoup de chances de succès.

Mortalité p. 0/0 : Angines, 16.65 ; croup, 30 0/0.

B. — *Albuminurie permanente et légère.*

Angines : 1 fois elle accompagne une angine légère.
1 fois uneangine intense, terminée par la mort.

Croups. — Sur 8 cas il y a :

Croups simples.			2 morts (Obs. 72, 83).
»	avec coryza		1 mort (Obs. 78).
»	»	angine, diphthérie trachéale.	1 mort (Obs. 82).
»	»	» coryza, phénom. nerveux.	1 mort (Obs. 81).
»	»	diphthérie cutanée (non opéré).	1 guéri (Obs. 88).
»	»	bronchite pseudo-membraneuse	1 mort (Obs. 80).
»	non détaillé.		1 mort (Obs. 67).

Tous les malades qui sont morts ont eu de la broncho-pneumonie.

Lorsque l'albuminurie est légère *mais permanente*, les formes bénignes de la diphthérie sont déjà plus rares, les localisations multiples prédominent et la broncho-pneumonie enlève la presque totalité des opérés.

Donc *pour les angines, comme pour les croups, une albuminurie persistante doit faire redouter une forme grave ou mortelle. L'albuminurie persistante est beaucoup plus inquiétante que l'albuminurie passagère.*

Mortalité. — Je n'ai que 2 cas d'angine qui donneraient 50 0/0 ; mais ce nombre n'est pas suffisant pour faire un pourcentage même avec la signification large qu'on doit lui accorder.

Croups. — 85.7 0/0, le seul cas de guérison concerne un enfant non trachéotomisé et dont la maladie a duré longtemps.

C. — *Albuminurie intermittente.*

Je n'ai que 3 cas où elle ait offert ce caractère ; ce sont d'abord 2 angines intenses, accompagnées toutes deux de paralysie, et une de coryza : ce dernier malade est mort. Celui qui a guéri a été *malade près de* 18 *jours*. Ce dernier concerne un croup non opéré avec angine et trachéite pseudo-membraneuse et ayant duré 18 jours.

Les formes prolongées et intenses de la diphthérie s'accompagnent donc volontiers de cette variété d'albuminurie. *Et la réapparition de l'albumine a par suite la valeur d'un signe fâcheux.*

3° — ALBUMINURIE ABONDANTE

Angines. — Si l'on consulte le tableau de la page 29 on se convaincra que les localisations bénignes de la maladie, deviennent de plus en plus rares et que sur les

9 observations d'angines qui y figurent, il y en a 7 où l'angine est grave, avec ou sans autres complications ; que, dans les autres cas malgré l'aspect bénin de l'angine il y a eu des accidents nerveux et du collapsus final.

En d'autres termes, il s'agit ici de diphthéries graves ayant atteint profondément l'organisme. Il n'y a que 2 cas de guérison ; et dans l'un et l'autre cas, la durée de la maladie est très longue, les enfants en sortent avec les signes d'une anémie profonde, et dans une des observations, il survient une paralysie du voile du palais et l'albuminurie persiste à la sortie.

N'oublions pas d'autre part que souvent en dehors de l'intoxication toujours menaçante, on a affaire, dans ces cas, à des diphthéries où la repullulation de la fausse membrane est poussée à l'extrême ; ce sont des diphthéries qui se prolongent souvent très longtemps, et dans lesquelles on est toujours sous le coup, même à une époque éloignée du début, de complications laryngées. On comprendra facilement que dans ces cas les conditions d'intervention ne soient plus les mêmes que dans un croup précoce.

Croups. — Le tableau de la page 30 montre que pour ceux-ci il en est de même que pour les angines. Les localisations de la maladie sont multiples et étendues. La broncho-pneumonie, la bronchite pseudo-membraneuse et les accidents nerveux se disputent ces quatre cas.

Je me crois donc autorisé à dire que l'albuminurie abondante accompagne les formes graves de la maladie.

Que l'angine soit bénigne ou intense l'organisme est touché profondément.

La durée totale de la maladie est longue, les guérisons sont incomplètes, la convalescence se prolonge.

Aussi lorsque l'albumine se montre en quantité abondante dans le cours d'une diphthérie, quel que soit l'aspect de l'angine, le pronostic est sombre, non seulement parce que la mort est fréquente, mais parce que la maladie se prolonge et qu'elle laisse à sa suite un délabrement de la santé, et une menace de paralysie.

Elle constitue une condition très fâcheuse pour la trachéotomie.

Mortalitè. — Angines, 77 0/0.

Nous sommes loin des chiffres du chapitre précédent.

Quant aux croups, j'ai 4 décès sur 4 ce qui donnerait 100 0/0.

4° — ALBUMINURIE VARIABLE

Comme nous l'avons vu, page 38, dans ses variations, l'albuminurie peut rester légère ou par moments devenir abondante. Nous examinerons ces deux cas.

1° — Albuminurie restant peu abondante.

En se reportant au tableau, page 31, on verra que cette forme accompagne de préférence les diphthéries à manifestations intenses et multiples, qu'on n'y relève qu'un seul cas de croup avec angine légère tandis que les angines graves, la diphthérie des muqueuses et de la peau, la

broncho-pneumonie, s'y rencontrent fréquemment associées.

La durée a varié de 6 à 12 jours. On peut donc dire que cette variété d'albuminurie doit prendre place parmi les symptômes peu favorables et que, dans l'appréciation des chances de guérison, elle a la même valeur qu'une albuminurie légère et persistante.

Mortalité. — 1 angine, 1 guérison ; 4 croups, 2 morts ; 50 0/0 de décès.

2° — **Albuminurie abondante à un moment donné.**

Ce chapitre comprend :

A. — Albuminurie passagèrement abondante.

B. — L'albuminurie à croissance terminale.

C. — L'albumine croissante et décroissante.

A. — Albuminurie passagèrement abondante. — Le tableau de la page 32 semblerait démontrer que cette albuminurie se rencontre dans les formes relativement modérées de la diphthérie, et que la guérison y serait plus fréquente que dans le chapitre précédent. Mais il ne faut pas oublier qu'il ne renferme qu'une partie des cas où l'albuminurie offre une ascension brusque, et qu'il faut y joindre ceux qui correspondent à ce que nous avons désigné sous le nom d'albuminurie terminale. Il s'en dégagerait cependant ce fait :

Que *l'albuminurie passagèrement abondante est moins fâcheuse dans l'appréciation des chances du malade que l'albuminurie permanente et abondante, et que, lorsqu'on*

voit la courbe redescendre, on doit conserver l'espoir d'arriver à la guérison.

D'autre part, dans les cas de guérison, la durée de la maladie a été longue, dans un cas elle n'a cédé qu'au bout de 25 jours, et on a pu constater la persistance de l'albumine à la sortie d'un enfant. Enfin pendant le cours de la maladie on a assisté à de nouvelles poussées de fausses membranes soit sur la gorge, soit sur les autres muqueuses. Si donc cette augmentation passagère de la quantité de l'albuminurie semble avoir une *valeur pronostique moins grave, que l'existence à l'état permanent d'une grande quantité d'albumine, malgré l'apparence plus ou moins bénigne des manifestations diphthériques, elle serait d'un pronostic moins bénin que l'albuminurie légère et passagère.*

La durée, les suites, la terminaison de la maladie sont plus sombres.

B. — *Albuminurie à croissance terminale.* — Je n'ai rien à ajouter que je n'aie déjà dit plus haut sur cette variété qui n'est qu'un cas particulier du précédent. Si je l'ai mis à part dans l'exposé symptomatique c'est pour montrer quelle importance il faut attacher à cette brusque augmentation de la quantité d'albumine.

En ne tenant compte que des cas où elle s'est montrée comme un signe avant-coureur de la mort, précédée ou non d'une nouvelle poussée de fausses membranes, on pourrait dire que l'apparition brusque d'une grande quantité d'albumine dans les urines est d'un fâcheux augure.

Mais, heureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Elle peut s'atténuer et disparaître sans laisser de traces. De telle sorte que le jugement et l'inquiétude du médecin restent en suspens pendant quelques jours. Le malade résiste-t-il à ce nouveau choc? Voit on la quantité d'albumine baisser au bout d'un jour où deux pour redevenir légère ou disparaître, il y a de bonnes présomptions pour la guérison. Néanmoins, l'esprit devra toujours être en éveil, en prévision des accidents qui peuvent se développer concurremment et qui sont surtout, l'infection, la broncho-pneumonie, et des accidents nerveux soit immédiats soit retardés.

Il y a du fait de cette augmentation passagère de l'albumine, une phase d'oscillation d'où va dépendre la marche des accidents et la vie du malade. Malheureusement trop souvent il y succombe, et l'albuminurie mérite bien le nom de phénomène terminal.

Mortalité. — La mortalité pour ces deux dernières formes d'albuminurie réunies, nous a donné :

Angines : 57.14 pour 100 (décès)

Croups : 72 pour 100.

C. — *Albuminurie croissante et décroissante.* — Comme nous l'avons vu, cette forme est rare, et en réalité, il n'y a guère là qu'un cas particulier de l'albuminurie variable et abondante dont elle doit avoir l'importance pronostique.

En résumé, si l'albuminurie ne se place pas toujours au premier plan comme un des symptômes principaux de

la diphthérie, si elle est dominée en importance, par des complications plus graves, vitales même, il reste cependant acquis qu'elle doit avoir et qu'elle a dans certains cas une réelle signification pronostique. Mais ce serait trop lui demander, que de la considérer seule, sauf peut-être dans ceux où par sa brusque apparition, elle est comme la preuve d'une infection rapide et profonde de l'organisme.

Je ne veux point faire ici un chapitre du pronostic général de la diphthérie, mais puisque je m'occupe de la valeur pronostique de l'albuminurie, il m'est permis de dire dans quelles circonstances et jusqu'à quel point elle mérite créance. Et je poserai la règle générale suivante : *l'albuminurie dans l'appréciation de la gravité d'une diphthérie, en peut être le dernier terme, mais elle y a sa place de droit.* Lorsqu'on est en présence du malade : l'examen de la gorge, des ganglions, du nez, des autres muqueuses, de la peau et de la poitrine, donne la multiplicité, la gravité, l'importance des localisations visibles ou perceptibles, l'albuminurie peut, *lorsqu'elle existe*, donner celle des localisations qu'on ne voit pas. En d'autres termes pour bien en apprécier la valeur, il ne faut comparer que des cas comparables, et dire : de deux diphthéries avec angine et coryza, je suppose, l'une albumineuse, l'autre pas, la première est plus grave, les menaces d'infection, d'accidents nerveux sont plus grandes et la durée de la maladie risque d'être plus longue : si l'on est obligé d'opérer, la trachéotomie est plus aléatoire et ses résultats plus incertains.

La quantité d'albumine, sa durée, sa marche d'une

part, le nombre et la profondeur des localisations de la diphthérie d'autre part, sont les différents facteurs de la gravité ou de la bénignité de celle-ci.

J'ajouterai en terminant que la valeur de l'albumine me semble beaucoup plus absolue dans les diphthéries avec angine ou avec croup non opéré que dans les croups opérés. Dans ceux-ci la broncho-pneumonie est fréquente, et c'est une complication si grave, que l'importance de l'albuminurie est forcément rejetée au second plan.

Cependant c'est encore dans les croups à grande albuminurie qu'elle se montre le plus souvent, et, le peu d'abondance ou l'absence d'albumine, peut donner à l'avance quelque indice précieux, sur la marche ultérieure de l'opération.

L'apparition de l'albuminurie, son exagération après l'opération, sont encore des signes de mauvais augure.

Tableau de la mortalité brute selon les différentes variétés d'albuminurie.

	DÉCÈS POUR 100 SUJETS	
	ANGINES	CROUPS
Albuminurie légère transitoire. .	16	30
» » permanente .	50	85.7
» variable faible. . . .	»	50
» » abondante .	57.14	72
» abondante.	77	100

On peut suivre sur ce tableau la gradation de gravité des différentes variétés d'albuminurie. Je n'y ai fait figurer que celles dont j'avais un nombre suffisant d'observations pour faire un pourcentage un peu exact.

CONCLUSIONS

I. — La valeur sémiologique des urines diphthériques est bornée à la quantité de celles-ci. La diminution est la règle, elle s'accentue encore à l'approche de la mort. Les dépôts uratiques n'ont d'autre valeur qu'en tant qu'ils indiquent un trouble de nutrition.

II. — L'albuminurie se montre dans plus des deux tiers des cas, 78 0/0, elle est plus fréquente dans les diphthéries avec croups qu'avec les diphthéries avec angine seule.

III. — Elle est un signe que le bacille diphthérique circule dans le sang. Mais l'absence de ce symptôme ne prouve pas qu'il n'en soit ainsi : le rein semblant peut-être un milieu peu favorable au développement de ce bacille et des paralysies, des signes de dyscrasie grave pouvant se montrer même dans ce cas.

IV. — Elle se montre surtout du 3e au 5e jour, puis du 5e au 8e jour et le 2e jour, quelquefois beaucoup plus tard, jusqu'au 15e jour et plus, alors que l'angine semble guérie (Albuminurie tardive), ou bien elle coexiste avec une nouvelle poussée de fausses membranes.

V. — C'est une albuminurie rétractile.

VI. — La *quantité* varie de quelques centigrammes à 12 gr. par litre et plus ; elle est le plus souvent ou très légère ou très abondante, passant d'ailleurs du jour au lendemain d'un faible taux à des chiffres énormes.

Peu abondante, elle accompagne en majorité les diphthéries bénignes (courtes en durée et à localisations peu nombreuses et peu graves), au contraire lorsqu'elle est abondante, elle accompagne les diphthéries graves, les diphthéries à fausses membranes récidivantes.

Lorsque cette quantité varie, elle peut ne pas dépasser les chiffres d'une albuminurie légère, ou au contraire atteindre ceux de l'albuminurie abondante. Dans le premier cas, les diphthéries semblent être plus sévères que dans ceux où l'albuminurie est très légère, et de peu de durée ; mais dans le second, elles le sont moins que dans ceux où l'albuminurie est, et reste abondante.

Elle augmente souvent avec brusquerie à l'approche de la mort.

VII. — L'aspect clinique est très variable et nous avons reconnu :

1° *Des albuminuries légères et passagères* existant pendant un jour ou deux.

Des albuminuries légères et permanentes durant un temps plus long.

Des albuminuries légères et intermittentes à apparitions irrégulières.

2° *Des albuminuries abondantes*, où l'albumine atteint de 10 à 12 gr. par litre et de durée plus longue.

3° *Des albuminuries variables* où la quantité d'albu-

mine change brusquement du jour au lendemain parmi lesquelles : 1° *des albumines dites terminales* à accroissement par saut, et 2° *des albumines croissantes et décroissantes.*

VIII. — L'albuminurie diphthérique n'est pas grave en elle-même. Les accidents d'urémie ou d'anasarque font exception. Les accidents nerveux qu'on observe parfois à la fin de la diphthérie peuvent être rapportés à l'empoisonnement diphthérique parce qu'ils existent dans les cas sans albuminurie.

Sa durée est variable, de quelques jours, à trois semaines et plus. Elle est dans un rapport assez exact avec son abondance. Elle disparaît en général sans laisser de suites, sauf dans certains cas, rares, où par sa persistance elle semble indiquer que le rein a été profondément touché.

IX. — Sa présence peut à la rigueur servir à fixer le diagnostic dans des cas douteux d'angine avec exsudats, mais on n'y saurait trouver un signe d'une valeur absolue.

X. — Son absence dans le cours des angines et des croups, en dehors des complications pulmonaires qui peuvent survenir, permet d'espérer une diphthérie bénigne et courte.

XI. — Lorsque l'albumine est légère et transitoire c'est d'un bon augure. Elle a une valeur plus fâcheuse

lorsqu'elle est légère et permanente ou intermittente ou lorsqu'elle varie entre des chiffres peu élevés.

XII. — Le pronostic est sombre lorsqu'ellė est et persiste abondante. Il l'est moins lorsque cette abondance est passagère, et que la quantité de l'albumine diminue au bout d'un jour ou deux ; une augmentation brusque doit cependant éveiller la sollicitude, car elle précède quelquefois la mort de bien peu.

XIII. — Elle peut servir à établir le pronostic de la diphthérie en tenant compte de la gravité relative des autres localisations de la diphthérie. Cependant elle a plus de valeur dans les diphthéries avec angines sans croup et dans les croups non opérés, que dans les croups opérés.

XIV. — C'est dans les formes à albuminurie abondante que la broncho-pneumonie post-opératoire est le plus fréquente. Elles sont donc peu favorables à la trachéotomie.

L'apparition de l'albuminurie après la trachéotomie, son augmentation progressive ou brusque, sont des signes de mauvais augure.

OBSERVATIONS

ANGINES

I. — ANGINES NON ALBUMINEUSES

Obs. 1. (P.) (1).

Bar..., Louise, 4 ans 1/2, 24 décembre 1885. Malade seulement depuis hier. A son entrée F. m. sur les deux amygdales spect blanc. Un peu de tuméfaction. Adénopathie modérée. Pas de fièvre. Tousse un peu, voix claire. Rien dans la poitrine. Pas d'albumine.

Le 26. Fausses membranes très disséminées. Moins de gonflement. Bon état général.

Le 27. Plus rien à gauche. Encore un point à droite. L'enfant va bien.

Le 28. Disparition presque complète des fausses membranes.

Le 29. Plus rien. Sort guérie le 30 décembre.

Obs. 2. (P.)

Gall..., Félicité, 5 ans 1/2, 18 novembre 1885. A eu la rougeole cet été. Malade depuis 3 jours ; abattement, mal à la gorge, légère altération de la voix. La nuit dernière a été agitée.

Le 19. — F. m. peu épaisses, blanches, sur les amygdales, qui sont tuméfiées légèrement. Muqueuse normale. Peu d'adénopathie, voix claire.

(1) Ce signe P. veut dire personnelle, le signe Th. indique que l'observation nous a été communiquée par notre ami Thibierge.

Le 20. Même état. Les F. m. sont opalines. Léger mouvement fébrile. *Ur. très chargées.*

Le 21. Bon état général. Amélioration de l'angine.

Le 22. Il reste un seul point de 2 millimètres sur le pilier antérieur du côté droit.

Le 23. Sort guérie au bout de 2 jours.

Obs. 3. (P.)

Hand..., 3 ans 1/2, 24 novembre 1885. Malade depuis ce matin seulement. F. m. en lanières sur les amygdales, qui sont un peu grosses ; muqueuse rouge. Peu d'adénopathie.

Le 25. Ipéca, voix un peu éteinte. Peu de chose dans la gorge.

Le 26. Gorge un peu rouge, sans F. m. Pâleur.

2 décembre. Va bien, sauf une légère adénopathie gauche persistante ; sort guéri le 3 décembre.

Obs. 4. (P.)

Herbin, 3 ans. Entre le 9 novembre 1885. Pas de renseignements. Les amygdales sont grosses et rouges ; recouvertes de F. m. par points isolés. Rien sur les piliers et le pharynx. Voix et respiration pure. Peu d'adénopathie. *Ur. non albumineuse.* Bon aspect général. Conjonctivite catarrhale double, intense, non diphthérique.

Le 10. Il ne reste qu'un seul point sur la luette.

Le 12. Gorge très rouge, pas de F. m. Sort le 15.

Obs. 5. (P.)

Kas.., Emilie, 5 ans, 6 décembre 1885. Malade depuis trois jours. L'affection a eu les allures d'un rhume simple au début. Légères F. m. sur les deux amygdale d'un gris blanc, sans gonflement de la muqueuse. Pas d'adénopathie.

Le 8. F. m. légères sur la luette. Il n'en reste que sur l'amygdale droite. Gorge un peu rouge. Léger mouvement fébrile.

Le 9. F. m. sur l'amygdale gauche par point isolés.

Le 10. Plus rien dans la gorge. État général bon. Plus de fièvre.

Le 11. Légère F. m. entre les deux piliers du côté gauche.

Le 12. Gorge presque nettoyée.

Le 13. Gorge indemne. Bon aspect. Sort au bout de quelques jours guérie.

Obs. 6. (P.)

Lev... Pauline, 4 ans 1/2. 8 décembre 1885. Malade depuis quatre jours. Bon aspect. Liséré blanc recouvrant comme une arcade la base de la luette et les piliers antérieurs du côté gauche. Légère adénopathie gauche. Gorge un peu rouge. Appétit. Pas de fièvre.

Le 10. Diminution de l'étendue des F. m. Adénopathie gauche stationnaire.

Le 11. La luette est presque dégagée, il ne reste qu'un liséré très léger.

Le 12. L'amygdale gauche et le pilier antérieur gauche conservent seuls quelques traces de F. m.

Le 14. La luette a de nouveau un léger liséré ainsi que le pilier antérieur gauche. Diminution de l'adénopathie.

Le 15. Disparition des F. m.; sort le 17 décembre guéri.

Obs. 7. (P.)

Loer.., 6 ans. 8 décembre 1885. Malade depuis 4 jours. La face interne des amygdales est recouverte de F. m. étendues, blanches. Adénopathie assez considérable surtout, à droite, voix claire. *Ur. chargées.*

Le 9. Les F. m. sont plus étendues surtout à droite.

Le 10. Fausses membranes moins étendues. Il y a une légère traînée sur le voile du palais, survenue depuis hier. Pâleur. Adénopathie stationnaire.

Le 11. *Ur. très chargées*, fausse membrane épaisse, grisâtre, sur l'amygdale droite; adénite considérable à droite. Rien sur le voile du palais. Il est emporté par ses parents.

Obs. 8. (P.)

Lov..., Laurence, 3 ans, 28 novembre 1885 ; malade depuis hier coryza diphthérique et écoulement nasal modéré. Bon aspect, rien dans la gorge, voix claire.

Le 30. Un ou deux points blancs, peu épais sur les amygdales, pas d'adénopathie. Le coryza va mieux.

1er décembre. Plus rien dans la gorge. Le nez est presque guéri. Sort au bout de quelques jours guérie.

Obs. 9. (P.)

Lut..., 3 ans, 8 novembre 1885. Malade depuis 5 jours et c'e s hier seulement que sa mère s'est aperçue que son enfant avait du blanc dans la gorge. F. m. en bandes peu épaisses, blanc grisâtre sur les deux amygdales et la luette. Peu d'adénopathie. Voix claire. Bon aspect de l'enfant.

Le 10. Bon aspect de l'enfant. Il n'y a presque plus de F. m. dans la gorge. Il ne reste qu'une petite plaque en arrière du pilier droit.

Le 11. Gorge un peu rouge, mais sans F. m. Sort guérie le 13.

Obs. 10. (P.)

Maval, 2 ans, 19 novembre 1885. Pas de renseignements. F. m. sur l'isthme du gosier. La luette est un peu tuméfiée, en massue, et, à la base de celle-ci, on trouve une plaque diph-

thérique l'enserrant comme une collerette. Plaques diphthériques sur les lèvres vers les commissures. Respiration bonne, voix pure. Bon aspect; appétit. *Ur. très chargées.*

Le 21. Même état de la gorge. Les F. m. ne sont pas étendues. *Ur. très chargées.*

Le 22. F. m. diminuées sur la luette et sur les lèvres.

Le 23. Les plaques diphthériques ont presque disparu. Sort guérie au bout de quelques jours.

Obs. 11. (P.)

Mazz..., Gabriel, 2 ans, 19 novembre 1885. Pas de renseignements. La luette est renflée à sa partie moyenne; ayant à sa base une F. m. qui l'entoure comme d'un collier. La pointe et les bords en sont également recouverts. Plaques diphthériques au coin des lèvres. Pas de fièvre. Bon aspect; appétit.

Le 21. La collerette de la luette persiste. Diphthérie labiale stationnaire. *Ur. très chargées.*

Le 23. Disparition des F. m. labiales et pharyngées.

Le 29. Nouvelle poussée de diphthérie labiale au coin des lèvres et à la lèvre inférieure, disparue à son tour en quelques jours.

2 décembre. Plus rien. Vomissements et diarrhée. Langue un peu sale. Embarras gastro-intestinal qui cède le lendemain. Sort guérie le 5 décembre.

Obs. 12. (P.)

Mer..., 3 ans, 8 nov. 1885. Pas de renseignements. Amygdales grosses et rouges, recouvertes de F. m. séparées. Peu d'adénopathie. Gorge un peu rouge. Pas de fièvre.

Le 10. Presque plus rien sur les amygdales. F. m. légère sur la luette.

Le 12. Gorge rouge sans F. m.

Le 15. Rendue à sa famille.

Obs. 13. (P.)

Bernard, 8 ans 1/2, 24 novembre 1885. Malade depuis 3 jours. Enfant pâle. Adénopathie considérable surtout à droite. Tuméfaction énorme des amygdales et des piliers ; F. m. noirâtres et épaisses, muqueuse boursoufflée.

Le 25. F. m. sous forme de gros points saillants sur les amygdales qui sont énormes. Coloration noire.

Le 26. Luette en battant de cloche recouverte d'une couche de F. m. Adénopathie considérable. État général médiocre.

Le 28. F. m. épaisses sur la luette des deux côtés. Même état des amygdales.

Le 30. Gorge nettoyée, mais encore tuméfiée.

2 décembre. Quelques F. m. se montrent de nouveau sur les amygdales toujours grosses, mais disparaissent le lendemain. Le malade sort guéri le 5 décembre.

Obs. 14. (P.)

Boulanger Marthe, 2 ans, 26 novembre 1885. Vient du service de M. Ollivier. Cas intérieur. La luette, les amygdales et le fond du pharynx sont couverts de F. m. grises. Odeur très fétide de l'haleine. Adénopathie considérable des deux côtés dans un tissu cellulaire œdématié. Mauvais aspect de l'enfant. Pas de fièvre.

Le 27. Aggravation de l'état général. Teint plombé. Respiration précipitée. Mort à 2 heures.

Obs. 15. (P.)

Ron..., Jules, 7 ans, 26 novembre 1885. Garçon grand et fort. Malade depuis huit jours avec du mal de gorge et du gonflement du cou. Les amygdales sont énormes, et se touchent par leur face interne. F. m. par points nombreux disséminés sur

les amygdales. Rien sur la luette qui est rouge et tuméfiée. Adénopathie considérable, surtout à droite.

Le 28. Les amygdales sont moins tuméfiées. *Ur. claires.*

Le 29. Il y a un peu plus de gonflement que hier : F. m. par points, sans tendance à l'extension. Ce gonflement de la gorge rend la respiration de l'enfant très difficile. Adénopathie toujours considérable, surtout à droite. Voix claire.

Le 30. Bon état général, les amygdales un peu moins grosses ne se touchent plus ; elles sont encore recouvertes par places, et dans les anfractuosités par des F. m. grisâtres peu épaisses. *Ur. claires.* L'engorgement ganglionnaire diminue.

1er décembre. *Ur. claires.* Amélioration de l'état de la gorge. Les F. m. disparaissent avec le gonflement. L'adénopathie diminue. Quelques râles sibilants aux bases.

Le 3. Plus de F. m. Un peu de rougeur des amygdales. Légère adénite encore à droite.

Le 5. Sur l'amygdale droite petite plaque grisâtre, assez épaisse au niveau d'une anfractuosité. Muqueuse normale. Sort guérie.

Obs. 16. (Th.)

Bar.., 6 ans. 9 mai 1882. Aurait eu le croup à 20 mois. Malade depuis le 7 mai, mais ce jour là a encore pu venir voir son frère soigné à l'hôpital pour un eczéma. Souffrait un peu du cou ce jour là. Plaques d'un blanc grisâtre sur les deux amygdales. Adénopathie très modérée. On enlève les F. m. par un badigeonnage au pétrole.

Le 10. Les F. m. se sont reproduites. Adénopathie plus marquée. *Ur. n°* 4.

Le 12. Les F. m. cessent de se reproduire. Engorgement ganglionnaire peu prononcé.

Le 14. *Ur. n°* 3. Les piliers présentent une légère ulcération de leurs bords libres, ainsi que les amygdales.

Le 16. Encore un peu d'engorgement ganglionnaire.

Le 17. *Ur. n°* 3. Gorge normale, sort guéri le 18.

Obs. 17. (Th.)

Desp..., Alexandre, 7 ans. 18 janvier 1882. Se plaint de la gorge depuis hier, bien que souffrant depuis quelques jours. Rien dans le pharynx, amygdales un peu grosses et ulcérées à leur face interne. Un gros ganglion sous-maxillaire à gauche.

Le 18. Une plaque mince, grisâtre sur l'amygdale gauche.

Le 19. Même état, *ur.* pâles, non albumineuses, *750 gr.*

Le 20. *Ur. 750 gr.* coloration normale.

Le 21. *Ur. 700* gr. Sur les amygdales points grisâtres disséminés, isolés les uns des autres. Le soir : à ces points ont fait place de véritables F. m. grisâtres peu adhérentes sur les deux amygdales, ganglions volumineux, surtout à gauche.

Le 22. *Ur. 650 gr.*

Le 23. *Ur. 450 gr.* Encore des F. m. par points disséminés sur les deux amygdales, et à la base de la luette des deux côtés.

Le 24. Rien dans le pharynx. *Ur. 750 gr. n° 3.* Sort guéri le 29.

Obs. 18. (Th.)

De Doucker, Alp., 5 ans 1/2, 29 avril 1882. Malade depuis le 25 avril. On l'a fait vomir 3 fois. Le 29, au matin, épistaxis assez abondante pour laquelle on l'amène à l'hôpital.

Le 29 avril. Faciès un peu pâle. Engorgement du cou peu prononcé, mais diffus. Un peu d'écoulement séro-purulent par les deux narines. Voix nasonnée ; par moments reflux des boissons par le nez, F. m. blanc grisâtre sur toute la partie antérieure du pharynx, se prolongeant à gauche jusque sur le voile du palais. *Ur. n° 3.* A 1 heure du matin, l'enfant pousse un cri et tombe mort dans son lit.

Obs. 19. (Th.)

Phil.., 8 ans, 6 juin 1882. Aurait une légère angine depuis

15 jours, mais il est surtout malade depuis le 4 juin. F. m. très peu étendue sur l'amygdale gauche d'un blanc pur. Adénopathie peu prononcée. Voix un peu éteinte, pas de tirage.

Le 7. Les F. m. sont beaucoup moins étendues, voix claire.

Le 8. Plus rien dans la gorge.

Sorti le 18 juin sans autre incident.

Obs. 20. (Th.)

Jour... Blanche, 9 ans 1/2, 4 avril 1882. Un frère est mort du croup ces jours derniers, un autre entre le 5 avril pour une angine diphtérique grave dans le service de M. Labric. Malade depuis le 1er avril. Sur les deux amygdales plaques diphthériques épaisses d'un blanc légèrement jaunâtre, plus larges à droite qu'à gauche. Adénopathie double surtout marquée à droite. Respiration facile, voix un peu faible. Appétit conservé.

Le 5. *Ur.* n° *3. Sels abondants.* Les plaques ont le même aspect, hier M. Archambault les enlève par un badigeonnage avec du pétrole. Le soir elles sont reproduites. Nouveau badigeonnage.

Le 6. Plus rien dans la gorge le matin. Le soir points blancs comme des têtes d'épingles sur les amygdales et à la base de la luette. Adénopathie moins considérable. Bon appétit.

Le 7. Il ne reste plus que des taches d'un rose blanchâtre ressemblant plutôt à ces ulcérations en voie de cicatrisation.

Le 9. Gorge nette. Sort guérie le 13 avril.

Obs. 21. (P.)

Garnier Joséphine, 4 décembre 1885. Malade depuis 2 jours, angine intense, sans albuminurie. Morte le lendemain.

II. — Albuminurie légère

A. — *Angines peu intenses.*

Obs. 22. (Th.)

Blum, 7 ans, 16 février 1882. A perdu un frère de diphthérie il y a quinze jours. Est malade depuis le 14 au soir.

Le 16. Faciès coloré. L'enfant est gai. Engorgement ganglionnaire, considérable du côté droit, à peine marqué à gauche. Vers le pilier droit du voile, fausse membrane peu épaisse d'un blanc légèrement grisâtre assez adhérente dont les bords sont moins épais que le centre. Mange bien, mais vomit presque aussitôt. *Ur., pas de trace d'albumine.*

Le 17. Les F. m. sont très épaisses et très étendues du côté droit. Elles sont toujours de la même couleur. A gauche il en apparaît une de médiocre étendue. *Ur. n° 3. Pas de trace d'albumine.* L'engorgement ganglionnaire augmente encore à droite. Il apparaît à gauche, encore peu volumineux. L'enfan continue à vomir. Il est toujours gai.

Le 18. Reproduction rapide des f. m. après le lavage. *Ur. n° 3. Pas d'albumine.* Voix altérée par l'angine.

Le 19. *Ur. 500 gr.* n° *3, pas trace d'albumine*. Les F. m. continuent de se reproduire et augmentent même d'épaisseur. Le faciès reste bon.

Le 20. *Ur. n° 3, 400 gr., légère albuminerie.* Même état de la gorge. Le faciès reste bon. L'enfant est gai.

Le 21. *Ur. 700 gr. n° 3. Albumine un peu plus abondante qu'hier.* Les F. m. paraissent se reproduire sur une moins grande étendue.

Le 22. *Ur. 650 gr. n° 3. Albumine en augmentation légère.* L'engorgement ganglionnaire a presque entièrement disparu des deux côtés. Les F. m. sont beaucoup moins abondantes et moins épaisses, et se reproduisent moins vite.

Le 24. Il reste encore une petite plaque blanche légèrement

grisâtre sur chacune des amygdales ; et une autre très petite à la base de la luette du côté droit. *Ur. n° 3. Albumine en voie de progression, mais encore peu abondante.*

Le 25. *Ur. n° 3. Albumine à peu près en même proportion qu'hier.*

Le 26. *Ur. n° 3, 750 gr. L'albumine diminue sensiblement.* Les F. m. persistent toujours, mais peu étendues. Les ganglions du côté ont disparu.

Le 27. *Ur. n° 3, 550 gr. Albumine comme hier.*

1er mars. L'enfant est encore pâle. Il n'y a plus trace de F. m. dans le pharynx. *Ur. n° 3, 700 gr. Albumine comme les jours précédents.* L'enfant sort aujourd'hui.

Obs. 23. (P.)

Cou... Léon, 13 ans. 25 novembre 1885. Malade depuis deux jours : hier, comme il se plaignait de la gorge on l'a conduit chez un médecin, qui a prescrit un ipéca et un badigeonnage au jus de citron. A la suite, l'enfant a rendu une F. m. peu épaisse et blanche. A son entrée pas de F. m. Grosses amygdales. *Ur. claires.*

Le 29. *Ur. claires,* même état.

Le 30. Amygdales moins grosses. On constate un peu d'adénopathie sous-maxillaire et des traces d'albumine dans les urines.

Le tout se guérit; sort le 5 décembre.

Obs. 24. (P.).

Cou... Léon, 12 ans. 25 novembre 1885. Malade depuis deux jours. Hier, vomitif. Badigeonnage avec du jus de citron. Amygdales très gonflées. Pas d'albumine.

Le 29. *Pas d'albumine. Urines claires.* Il a rendu une F. m. en crachant. Amygdales grosses, pas de F. m. Voix claire, se nourrit bien.

Le 30. *Traces d'albumine.* Les amygdales dégonflent, pas de F. m. Adénopathie. Constipation opiniâtre.

5 décembre. Sorti guéri.

Obs. 25. (P.)

Christ... Virginie, 2 ans et demi. 3 décembre 1885. Malade d'avant-hier. Quelques points blancs sur les amygdales. Plaque blanche en arrière du pilier droit. Pas d'adénopathie. Voix et toux éraillée. Un peu de tirage. Enfant d'une belle apparence. Gorge d'aspect normal sans gonflement. *Assez d'albumine.* L'angine a complètement disparu le 5, la voix et la toux sont normales. Sort guéri le 7 décembre.

Le 4. *Le dosage de l'albumine donne 0,40 par litre.*

Le jour de sa sortie l'albumine a un peu augmenté.

Obs. 26. (P.)

Fr... Henri, 7 ans. 21 novembre 1855. Il y a deux jours, on s'est aperçu de son angine. Hier, matin. Vomitif.

22 novembre. Angine considérable, *très fétide.* Les F. m. s'enlèvent facilement, elles sont molles, épaisses, grisâtres. Deux grandes plaques sur la face interne des amygdales. Rien sur la luette. Les amygdales sont très rouges, très grosses. Adénopathie considérable, douloureuse. *Ipéca. Pas d'albumine. Ur. claires.* La voix assez forte, enrouée. Il a bien vomi, soulagé après.

23 novembre. *Pas d'albumine. Ur. très chargées.* Les F. m. sont bien diminuées, respiration bonne bon état général.

Le 24. *Pas d'albumine.* Adénopathie plus marquée à gauche.

Le 25. F. m. Surtout du côté gauche. *Pas d'albumine.*

Le 26. Enduit sur l'amygdale gauche et sur le fond du pharynx. Respiration bonne. *Pas d'albumine.*

Les 27, 28, 29. Plus rien dans la gorge. *Pas d'albumine.* Voix éteinte.

1er décembre. Rien dans la gorge, la voix commence à s'éclaircir. Bon état général.

Le 3. Sorti guéri. *Avec un peu d'albumine dans les urines.*

Obs. 27. (Th.)

Gros... Marguerite, 5 ans et demi. 19 février 1882. Malade depuis deux jours. Faciès un peu pâle. Sur les deux amygdales, plaques d'un blanc un peu grisâtre bien limitées. Rien sur les piliers, ni sur le reste du pharynx. Ganglions sous-maxillaires à peine sensibles.

Le 20. Même état. La respiration et la voix restent normales.

Le 22. *Ur. n° 3. Albumine peu abondante.* L'amygdale gauche commence un peu à se débarrasser. Il reste toujours sur l'amygdale droite une F. m. mais elle est moins épaisse que les jours précédents.

Le 23. L'enfant mange bien. Les F. m. ont disparu.

Le 24. De nouveau les F. m. d'un blanc légèrement grisâtre à la racine de la luette du côté droit. Etat général bon, peu d'appétit, faciès pâle.

Le 25. *Ur. n° 4. Albumine assez abondante; un peu d'indigose.*

Le 26. *Ur. n° 3. Albuminurie de moyenne abondance.* Toujours une petite F. m. vers la racine de la luette.

1er mars. *Ur. n° 3. Albuminurie comme hier.*

Le 2. *Ur. n° 3. Albuminurie comme les jours précédents.* L'enfant reste pâle, le pharynx est entièrement débarrassé. L'appétit est bon. Elle sort aujourd'hui. A été revue plusieurs fois jusqu'en juin, n'a pas eu de paralysie diphthérique, est restée pâle.

Obs. 28. (Th.)

Mar. ., Emilie, 7 ans, 8 février 1882. Serait malade depuis quinze jours. Est la sœur d'une enfant de 13 ans amenée hier mourante de diphthérie. Visage très pâle. Voix faible, pas de tirage. Sous l'amygdale gauche plaque épaisse et saillante,

grisâtre. Sous l'amygdale droite ulcération assez profonde, à bords saillants sans plaque. Les deux amygdales sont tuméfiées. Quelques petits ganglions sous-maxillaires des deux côtés.

Le 9. Même état. *Ur. n° 3. Albuminurie abondante.*

Le 10. *Ur. n° 3, pas de trace d'albumine.*

Le 11. *Pas d'albumine.* Toujours une F. m. ayant les mêmes caractères et les mêmes dimensions sous l'amygdale gauche.

Le 12. *Ur. n° 3. Albuminurie légère.* La F. m. persiste.

Le 13. *Ur. n° 3. Albuminurie légère.*

Le 14. *Ur. n° 3. Albuminurie abondante.* La fausse membrane a disparu. L'enfant est toujours pâle.

Le 16. Les parents emmènent l'enfant. Elle est restée pâle. La fausse membrane de l'amygdale a entièrement disparu. Pas de trace de paralysie. *Ur. n° 3. Disque léger de sel. Léger nuage d'albumine.*

Obs. 29. (P.)

Matt... Georges, 6 ans 1/2, 2 novembre 1885 ; frère plus jeune mort il y a dix jours d'angine diphthérique dans sa famille. Malade depuis deux jours. Aspect général bon. Sur les amygdales, petites plaques bien limitées, blanches, gorge un peu rouge, pas d'adénopathie. Respiration pure. *Ur. très chargées.* Voix un peu voilée.

Le 4. Petite F. m. sur l'amygdale gauche. Rien à droite, voix plus claire.

Le 5. Pharynx nettoyé. Les amygdales sont encore un peu rouges et tuméfiées,

Le 8. Amélioration générale : cependant un point gris de nouvelle formation sur l'amygdale droite. *Léger trouble albumineux* constaté pour la première fois. Tousse beaucoup. Rien dans la poitrine. La voix n'est pas bien éclaircie.

Le 9. La toux persiste. Voix toujours un peu couverte. *Ur. non albumineuses.*

Sort le 15 novembre. La voix est toujours un peu voilée.

Obs. 30. (Th.)

Perr..., François, 8 ans 1/2, 14 janvier 1882. Malade seulement depuis le 13 janvier. Faciès coloré. Pharynx rouge, pas de F. m., mais sur les deux amygdales, taches blanches éclatantes disséminées; surtout marquées à gauche où l'une d'elles forme une traînée antéro-postérieure. Voix gênée par la pharyngite. Pas de gêne de respiration. Ganglions engorgés dans les deux régions sous-maxillaires et faciles à isoler.

Le 15. 500 *gr. d'urine pâle, pas d'albumine, très léger disque de sel.* Gorge rouge, amygdales un peu tuméfiées, pas de taches blanches. Toujours quelques ganglions sous-maxillaires des deux côtés.

Le 16. 450 *gr. d'ur., pas d'albumine.*

Le 17. 700 *gr. d'ur. pâle, pas d'albumine.*

Le 18. 950 *gr. d'ur. un peu rouge, à peine un léger nuage d'albumine.* Même état de la gorge.

Le 19. *Ur. rouge foncé, faible trace d'albumine.* Amygdales toujours grosses. Pourtour de l'isthme pharyngien normal, pas de points blancs.

Le 20. 700 *gr. d'ur. un peu rouges, pas d'albumine.*

Le 21. *Urines foncées, pas d'albumine.* Sort guéri le 29 janvier.

Obs. 31. (P.)

Rouchaud, 8 ans, 23 novembre 1885. Sœur de Rouchaud opéré le 20 novembre pour un croup ; elle est tombée malade en même temps que son frère et ce n'est qu'hier qu'on s'est aperçu de l'angine. F. m. grisâtres peu épaisses, couvrant les amygdales, la luette, et le fond du pharynx. Légère adénopathie, bon aspect de l'enfant.

Le 24. *Un peu d'albumine.*

Le 25. *Un peu d'albumine.*

Le 26. *Disparition de l'albumine*, et l'enfant sort guérie le 30.

Obs. 32. (P.)

Schely Charles, 13 ans, 28 décembre 1885. Malade depuis le 24 décembre. Son frère a le croup.

Le 28. *Pas d'albumine*. Diphthérie nasale, les narines sont complètement obstruées, sur les 2 amygdales et sur les piliers antérieurs. F. m. blanches, minces, luette libre. Adénite bilatérale, surtout considérable à gauche. Voix assez forte, rauque. Toux croupale. Pas de tirage, enfant calme, respiration bonne, une peu rude à droite. Se nourrit assez bien.

Le 29. Les amygdales et le côté droit de la luette sont tapissés de F. m. blanches, épaisses. Coryza toujours intense. *Crayon de nitrate d'argent introduit dans chaque narine. Perchlorure de fer. Pulvérisations répétées.* Adénite gauche considérable. Toux fréquente et rauque. Un peu de tirage, *Ur. claires. Albuminurie*, 0,02 *centig.*

Le 30. F. m. minces sur l'amygdale droite et le côté droit de la luette. Rien sur l'amygdale gauche. La diphthérie nasale diminue un peu, le nez lui fait toujours mal. Adénite bilatérale douloureuse. Tousse beaucoup, toux sèche, rauque et douloureuse. *Albuminurie*, 0,05 *centig.*

Le 31. Depuis hier soir la respiration s'embarrasse beaucoup. Ce matin un accès de dyspnée, le tirage est léger, toux rauque, extrêmement douloureuse, la douleur siège invariablement du côté droit au-dessus du mamelon. F. m. sur les 2 amygdales et la pointe de la luette. Pas d'appétit, *albumine*, 0,02 *centig.*

1er janvier. Hier soir, encore un accès d'oppression. Ce matin, il est mieux, coryza encore considérable. Exsudat grisâtre sur les amygdales. *Il n'y a plus d'albumine.*

Le 3. Plus de F. m. sur les amygdales. Les amygdales et la luette sont encore rouges et volumineuses, le coryza diminue.

Le 9. Il se lève, bon état général. Le nez pas complètement nettoyé. Sorti guéri le lendemain.

Obs. 33. (Th.)

Uh... 5 ans 1/2, 6 juin 1882. Malade depuis le 1er juin, avec un léger mal de gorge. Dans la nuit du 4 au 5 a eu de la dyspnée sans accès, qui s'est répétée dans la nuit du 5 au 6.

Le 6. Fond de la gorge rouge. Sur les deux amygdales, F. m. peu épaisses, blanc gris. Les amygdales sont peu volumineuses. Voix et toux un peu enrouées. Adénopathie sous-maxillaire très légère. Faciès bon, coloré.

Le 7. Les F. m. ont à peine sur les amygdales la dimension d'une pièce de 0,20. Elles sont blanches.

Le 8. Disparition des F. m. *Ur. n° 3. Très léger disque d'albumine.*

Sort le 11 juin. *Plus d'albumine.*

Obs. 34. (Th.)

Voir... Louis..., 13 ans, 17 janvier 1882. Face rouge. Sur les deux amygdales, points blancs jaunâtres, isolés, paraissant occuper les cryptes amygdaliennes. Ganglions sous-maxillaires des deux côtés, peu volumineux, gêne de déglutition. Inappétence.

Le 19. *Ur. pâles, peu de sels, pas de trace d'albumine.* Sur l'amygdale gauche, F. m, légèrement grisâtre, pas de rougeur du pharynx. Rien sur l'amygdale droite. Se plaint de douleurs dans l'oreille gauche.

Le 20. *Ur.* 550 *gr., coloration normale. Trace très faible d'albumine.*

Le 21. *Ur., coloration normale. Sels assez abondants. Albuminurie un peu abondante.* Surdité persiste, faciès pâle ; sur les 2 amygdales 2 taches blanc grisâtre, isolées, peu adhérentes, paraissant être des produits épithéliaux.

Le 22. Rien dans le pharynx. Surdité persiste. *Ur. Sels abondants. Pas d'albumine.* Sort complètement guéri.

B. — *Angines graves.*

Obs. 35. (P.)

Recueillie par M. Vercoustre, externe du service.

B..., 41 ans, maçon, le 8 mai 1887, salle Saint-Jean, nº 25, service de M. Fernet. Malade depuis le 3 mai ; mal de gorge ; il avale difficilement. Fièvre pendant la nuit. Il continue son travail, mais le mal de gorge augmente et il ne peut avaler que du bouillon.

Le 5. Il appelle un médecin qui prescrit des lavages à l'eau de chaux et au jus de citron.

Le 7. Il est pris d'un peu de coryza.

Le 8. Luette engainée par une F. m. grise qui se prolonge sur le voile du palais : les deux amygdales, surtout la droite en sont recouvertes. La paroi postérieure du pharynx en est également tapissée, mais la F. m. y est moins épaisse. Douleur en avalant, très vive. Pas d'adénopathie. Voix très éraillée, presque éteinte. Respiration pure. *Ur. claires, légèrement albumineuses.*

Le 10. Amélioration. Les F. m. sont moins épaisses. L'amygdale gonflée se déterge un peu. *Ur. foncées.* Plus de coryza.

Le 13. On aperçoit la muqueuse rouge, sur la luette et l'amygdale gauche. Pharynx stationnaire. *Ur. non albumineuses.* Voix couverte.

Le 15. *Ur. Dépôt très abondants de sels. Un peu d'albumine depuis hier.*

Le 16. Voix éteinte. Il ne reste des F. m. qu'à droite.

Le 17. *Ur., dépôt de sels moins abondant. Albuminurie légère.*

Le 21. *Ur. Mêmes caractères. Il n'y a plus d'albumine.* Liséré gris sur les bords de la luette et de l'ogive du voile du palais.

Le 28. Gorge complètement nettoyée. Il sort le 31 mai. La voix est encore un peu couverte. Comme état général, le malade

s'est très bien nourri pendant tout son séjour. Pas de pâleur à sa sortie. Revenu un mois après avec une paralysie.

Obs. 36. (P.)

Cr... Léon, 8 ans, 30 octobre 1885. Malade depuis hier. Les amygdales énormes sont recouvertes de F. m. épaisses. Voix un peu couverte, langue sèche. Psoriasis cutané ancien.

Le 31 novembre. *Pas d'albumine.* Amygdales et luette couverte de F. m.

Le 2. Epistaxis répétés dans la journée d'hier et la nuit F.m. épaisses, grises, adhérentes, bilatérales. *Un peu d'albumine.*

Le 3. *Peu d'albumine.* Etat général meilleur, coryza.

Le 7. *Coryza amélioré.* F. m. minces sur les amygdales. *Un peu d'albumine.*

Le 10. Nouvelles F. m. sur l'amygdale droite, blanches.

Le 12. F. m. sur les amygdales. Voix nasillarde, paralysie du voile du palais, vomissements, pâleur. *Albumine 0,15 cent.*

Le 13. Ganglions sous-maxillaires indurés, il les avait déjà gros auparavant. F. m. diminuées. *Albumine 0,25 cent.*

Le 14. Un nouveau point blanc rond sur l'amygdale droite; *albumine 0,10.*

Le 15. *Albumine 0,15.*

Le 16. Il râle depuis six heures du matin, il est tout vert, refroidi, *albumine persiste*, les plaques de psoriasis blanchissent Diarrhée ; vomissements la nuit; sans connaissance, haleine très fétide. Mort 10 heures du matin.

Obs. 37. (P.)

Dupont Lucien, 3 ans, 7 décembre 1885. Malade depuis 3 jours. F. m. sur les amygdales et les piliers. La muqueuse gonflée saigne facilement. Adénopathie considérable, surtout à droite. Haleine fétide. *Ur. très chargées.*

Le 9. Enfant très pâle. Coryza, écoulement séreux par le nez.

Les F. m. couvrent les amygdales surtout, à gauche. Rien sur la luette. Adénopathie considérable. Quelques râles dans la poitrine.

Le 10. Coryza fétide plus intense. Angine stationnaire, haleine fétide, voix claire. Se nourrit mal. Agitation, un peu de parésie du voile du palais.

Le 11. Amélioration de l'état général. Coryza moins fétide, moins de F. m. sur les amygdales. Paralysie du voile du palais. *Ur. claires.*

Le 12. Coryza et angine améliorés. Adénopathie persiste. Grande pâleur de l'enfant.

Le 13. *Ur. chargées.* Nouvelle F. m. sur l'amygdale gauche.

Le 14. *Traces d'albumine dans les urines* qui sont chargées. Persistance de la F. m. gauche. Adénite et coryza persistant.

Le 15. F. m. moins larges et moins épaisses. Pâleur. Peu d'appétit. *Plus de traces d'albumine.*

Le 16. Paralysie du voile du palais moins accusée. Coryza.

Les 17, 18, 19. Persistance de la F. m. à gauche. Coryza. Adénite.

Le 21. Plus de paralysie du voile du palais. Coryza amélioré. Pâleur extrême, moins d'adénopathie. Plus rien dans la gorge depuis hier.

Le 23. Il passe à la salle St-Augustin pour sa convalescence.

Sort le 27 guéri de toutes ses manifestations du côté de la gorge et du nez, mais très anémié.

Obs. 38. (P.)

Morel Louis, 7 ans, 25 décembre 1885. Angine contractée le 25 décembre.

Le 26. *Pas d'albumine.* Les amygdales, piliers entièrement recouverts de F. m. grises, molles, épaisses, adhérentes à la muqueuse qui est très rouge. Ganglions rétro et sous-maxillaires engorgés, plus accusés à gauche. Voix claire, bronchite, abattement.

Le 27. *Pas d'albumine. Ur. très chargées.* Gorge très rouge. Moins de F. m.

Le 28. *Albumine, 0 gr. 25. Ur. claires.* Petites F. m. dans toutes les anfractuosités. Quintes de coqueluche, adénite gauche.

Le 29. *Albumine* 0 *gr.* 10. Les amygdales présentent un aspect très étrange, couvertes d'enfoncements, de vrais trous. Etat général assez bon.

Le 30. *Albumine* 0 *gr.* 10. *Ur. claires.* Les F. m. diminuent, la conformation anormale, comme multilobée des amygdales, en devient plus apparente.

Le 31. *Albumine* 0 *gr.* 05. *Urines claires.* Peu de F. m.

Le 1er. *Pas d'albumine. Pas de F. m.* Râles, coqueluche faible. Sorti le 4 janvier, bon état général.

Obs. 39. (Th.)

Touch Victor, 6 ans, 9 mai 1882, une sœur est morte d'angine il y a quelques jours. L'enfant s'est plaint hier soir de souffrir de la gorge. Le 9. Plaque d'un blanc légèrement grisâtre sur l'amygdale droite, assez épaisse. Engorgement ganglionnaire des deux côtés, surtout à droite.

Le 10. *Ur. n° 3. Albuminurie légère.* Engorgement ganglionnaire plus prononcé surtout à droite et commençant à déformer le visage. Faciès coloré. Amygdale droite très tuméfiée, soulevant le pilier antérieur qui est comme l'amygdale recouvert d'une plaque grise, noirâtre par place.

Le 12. Refuse de manger. Faciès très pâle, haleine fétide. L'exsudat pseudo-membraneux s'étend. *Ur. n°* 3. *Albuminurie légère. Sels abondants.* Mort dans la nuit.

Obs. 40. (P.)

Van Numen, 3 ans 1/2, 4 décembre 1885. Malade depuis le 1er décembre.

Le 4. Amygdales tuméfiées se touchant. Muqueuses rouges, saignantes. Odeur infecte de l'haleine. F. m. sur les amygdales, grises et noires. Adénopathie considérable et douloureuse bilatérale. Jetage. L'enfant reste la bouche ouverte. Voix claire. Appétit. *Peu d'albumine.* Morte à 9 heures du soir.

III. — Albuminurie variable

Obs. 41. (P.)

Barbier, 3 ans 1/2, 3 novembre 1885, vient du service des ophtalmies. F. m. épaisses sur la luette, les piliers et le pharynx. Haleine un peu fétide. Coryza diphthérique. Jetage. Légère adénopathie. Etat général médiocre.

Le 4. F. m. un peu moins épaisses, et moins grises. Épistaxis dans la nuit. Pas d'urines recueillies.

Le 5. Aggravation. Toute la gorge et le pharynx sont pris. F. m. très épaisses et putrilagineuses. Muqueuse saignante. Odeur infecte. Adénopathie considérable. *Albuminurie très abondante.*

Le 6. Augmentation de l'adénopathie, sans envahissement du tissu cellulaire. *Traces de diarrhée. Beaucoup d'albumine.*

Le 8. *Albumine abondante.* La gorge se nettoie un peu.

Le 9. *Albumine, 8 gr.*

Le 10. *Albumine 8 gr.* Angine stationnaire, moins de fausses membranes. Coryza persiste. Etat général médiocre.

Le 12. Quelques F. m. persistent encore sur la luette et les piliers. *La quantité d'albumine a brusquement diminué.*

Le 16. Liséré blanc sur les piliers et la luette.

Le 18. *Presque plus d'albumine 0,25.* Bon appétit.

Le 19. Quelques nouvelles F. m. sur les amygdales. *Presque pas d'albumine.*

Du 20 au 25. *Albumine 0,25.*

Le 25. Parésie du voile du palais. Guérie.

Obs. 42. (Th.)

Davr... 14 ans, 13 janvier 1882. Souffre depuis quelques jours de la gorge après une visite faite le 7 à son frère, atteint de diphthérie grave. Faciès rouge, déglutition pénible; sur l'amygdale gauche plaque blanc grisâtre; beaucoup plus petite à droite. Voix angineuse.

Le 14. *Ur.* 500 *gr. non albumineuses.* Plaque blanche étendue sur l'amygdale gauche et le pilier gauche. Adénopathie plus marquée et en aggravation. La F. m. enlevée ce matin du pilier, se reproduit rapidement.

Le 15. *Ur.* 800 *gr., sels abondants, non albumineuses.* — Même état de la gorge. Cou très gonflé surtout à gauche. Haleine fétide. Rougeur de la muqueuse de la gorge. Les F. m. se reproduisent.

Le 16. *Ur.* 400 *gr., foncées, sans albumine.* — Face pâle. Rougeurs autour du nez. Envahissement de la gorge par la diphthérie.

Le 17. Epistaxis; envahissement de la voûte palatine. Tuméfaction énorme du cou. *Ur.* 450 *gr. Léger louche d'albumine.* Mort le soir par affaiblissement rapide. Dans la journée l'enfant a uriné environ 100 *gr. d'urine très albumineuse.*

Obs. 43. (P.)

Merard, 6 ans 1/2, 20 octobre 1885. Malade depuis hier, entre sans tirage. Amygdales grosses, couvertes de F. m. *Beaucoup d'albumine.* Gorge saignante.

Le 21. Bouffissure de la face. Haleine fétide; dyspnée, voix claire, agitation. *Albumine* beaucoup.

Le 22. Adénite, fétidité moindre.

Le 23. *Pas d'albumine*, la figure désenfle; calme.

Le 26. F. m. sur la luette; otite; état général bon.

Le 29. *Pas d'albumine*, écoulement purulent par les oreilles. Gorge dégagée.

Le 30. *Pas d'albumine.* Amélioration considérable de l'état général.

4 nov. *Pas d'albumine,* pas d'angine. Sorti guéri le 8.

Obs. 44. (P.)

Pernot, 2 ans 1/2, 13 décembre 1885. Pas de renseignements. Les 2 amygdales sont recouvertes de F. m., angine légère, très peu d'adénopathie, un peu de coryza couenneux. *Ur. claires, pas d'albumine.*

Le 15 et le 16. *Ur. chargées, pas d'albumine.* F. m. un peu plus épaisses sur l'amygdale gauche, gorge un peu rouge. Légère épistaxis.

Le 17. *Traces d'albumine.*

Le 18. *Albumine* 0,05, gorge nettoyée. Diphthérie nasale assez marquée. L'enfant est pâle.

Le 19. *Pas d'albumine.* Coryza toujours accentué, l'adénite persiste, l'enfant se nourrit bien.

Le 21. *Un peu d'albumine.* Coryza stationnaire. Rien dans la gorge.

Le 23. Diphthérie nasale plus intense.

Le 24. Le coryza s'améliore à partir de ce jour. L'état général se relève, la pâleur diminue. *Disparition de l'albumine.*

L'enfant sort guérie le 27.

IV. — Albuminuries abondantes

Obs. 45. (Th.)

Cot. Constant, 9 ans 1/2, 15 janvier 1882. Malade depuis le 13 janvier. Depuis le 14, souffre de la gorge.

Le 15. Faciès coloré. Cou gonflé des 2 côtés surtout à gauche, les ganglions volumineux sont cependant isolés les uns des autres. Sur les deux amygdales et sur la luette plaques

blanches, mollasses et peu épaisses. Pas de douleur de gorge. Un peu de jetage par la narine gauche.

Le 16. *Ur.* 300 *gr. très légèrement albumineuses.* F. m. mollasses, peu adhérentes sur les amygdales et les piliers antérieurs surtout à droite. Les amygdales et la luette sont énormément augmentées de volume. Le cou a encore grossi.

Le 17. F. m. comme hier. *Ur.* 450 *gr. peu foncées contenant une quantité abondante d'albumine.*

Mort le 18 à 6 heures du matin, affaiblissement progressif, agitation dans la nuit, pas de convulsions. Jusqu'à la mort, *à peine* 150 *gr. d'urine foncée. Albumine abondante.*

Obs. 46. (Th.)

Guichard, 6 ans, 28 avril 1882. Malade depuis le 27. Engorgement ganglionnaire énorme. Haleine fétide. Sur la face interne des deux amygdales, plaques blanc grisâtre, noirâtres par place, épaisses et assez consistantes.

Le 29. Faciès toujours coloré. Même état. Les F. m. enlevées hier se sont reproduites le matin, elles occupent encore la presque totalité des piliers antérieurs et des amygdales. Enlevées de nouveau elles sont reproduites le soir où on les enlève facilement de nouveau avec le pétrole. La luette est extrêmement tuméfiée, de coloration grisâtre, ayant une apparence de gangrène, mais sans F. m. à la surface. Elle mange peu, quelques nausées. Diarrhée abondante. *Ur. n°* 2. *Albumine abondante.* Dans la nuit l'enfant s'affaiblit rapidement et meurt à 10 heures du soir.

Obs. 47. (P.)

Maillet Pauline, 5 décembre 1885. Malade depuis 3 jours. A son entrée, angine de moyenne intensité. F. m. un peu noires à leur partie centrale, adénopathie légèr.

Le 6. L'urine d'hier contient *une grande quantité d'albumine.*

Le 8. Les amygdales sont toujours recouvertes, les bords de la langue sont recouverts d'une légère couche pseudo-membraneuse. *Albumine*, 0,15.

Le 9. Les F. m. s'étendent à la luette, elles sont plus étendues sur la langue. *Albumine beaucoup.*

Le 10. *Albumine beaucoup.*

Le 12. Amélioration, la langue se dégage des F. m. qui persistent encore sur les amygdales et les piliers. *Un peu moins d'albumine.*

Le 13. La gorge se nettoie, les F. m. disparaissent.

Le 14. *L'albumine augmente.*

Le 17. Etat général bon, encore des F. m. sur l'amygdale droite et le pilier postérieur. *Albumine abondante.*

Le 19. La langue est complètement guérie, il reste une légère F. m. derrière le pilier postérieur. *Albumine abondante.*

Le 23, elle sort guérie, *ayant encore de l'albumine qui est en diminution.*

Obs. 48. (P.)

Marck Juliette, 7 ans, 23 novembre 1885. Le 21. Céphalalgie, douleur de gorge.

Le 22. On trouve des points blancs sous les amygdales qu'un médecin badigeonne à l'azotate d'argent. A l'entrée, F. m. sur l'amygdale et les piliers, surtout sur l'amygdale ou l'on trouve une énorme plaque envahissant le palais et presque de la largeur d'une pièce de 5 francs, couleur gris sale. Odeur gangréneuse de l'haleine. Aspect bouffi de la face. Adénopathie énorme et bilatérale.

Le 24. Odeur nauséabonde. *Albumine* 0 *gr.* 10.

Le 25. Tout l'isthme est presque comblé par une tuméfaction énorme des amygdales et du palais, la muqueuse est rouge et saignante. Adénopathie, engorgement considérable des tissus

cellulaires du cou. Aspect luisant et pâle de la peau. *Albumine*, 0 *gr.* 10 *centigr.*

Le 26. *Albumine*, 6 *gr.*

Le 27. *Albumine*, 7 *gr.*

Le 28. La gorge va un peu mieux, les F. m. sont plus blanches, odeur moins forte. *Albumine*, 3 *gr.*

Le 29. Il n'y a plus de F. m. du côté droit, l'amygdale gauche est seule recouverte. *Albumine*, 4 *gr.* 50.

Le 30. Moindre adénopathie. Le pilier antérieur gauche paraît rouge, F. m. très réduites. *Albumine*, 4 *gr.* 50.

1er décembre. Disparition des F. m., il reste une perte de substance de la luette et du pilier antérieur. *Albumine*, 1 *gr.* 50.

Le 2. *Albumine*, 1 *gr.* 50.

Le 3. Nouvelle production d'une F. m. sur l'amygdale gauche. *Albumine*, 2 *gr.*

Le 9. F. m. en avant du pilier antérieur et sur la luette survenue depuis quelques jours, peu épaisse, blanchâtre.

Le 10. Disparition des F. m., paralysie du voile du palais, persistance d'une adénopathie légère à droite. Anémie profonde. Passe le 14 dans un autre service. A partir du 3 décembre, l'albumine a augmenté tous les jours et, à sa sortie du pavillon, *atteignait* 14 *gr.* par litre.

Obs. 49. (P.)

Marcial, 3 ans 1/2, 23 décembre 1885. Malade depuis 4 jours.

Le 23. *Albumine*, 2 *gr. Ur. claires.* Les amygdales, la luette couvertes de F. m. grises, sanguinolentes ; la luette est volumineuse, toute la muqueuse est sanguinolente. Adénite bilatérale, peu considérable. Haleine horriblement fétide, coryza intense, le nez laisse s'écouler une humeur sanguinolente ; langue sale, face bouffie, teint très coloré. Un peu de tirage. Voix un peu couverte, pas éteinte.

Le 24. *Albumine*, 1 *gr.* Mort à 1 heure du matin.

Obs. 50. (Th.)

Meunier Louise, 4 ans, 4 avril 1882. L'enfant est malade depuis 2 jours, faciès pâle. F. m. peu épaisse, d'un blanc jaunâtre recouvrant la luette, le voile du palais et les 2 piliers. Adénopathie bilatérale peu prononcée.

Les 5, 6 et 7. On enlève à plusieurs reprises les F. m. qui se reproduisent chaque fois. *Ur. n° 3. Albumine abondante.*

Le 8. *Ur. n° 3. Albuminurie abondante.* Les F. m. se sont encore reproduites. Elles sont enlevées par un nouveau badigeonnage. Le faciès est très pâle. L'engorgement ganglionnaire est plus prononcé que les jours précédents, surtout du côté gauche. L'enfant ne mange pas. Mort à 3 heures du matin.

Obs. 51. (Th.)

Roux.., Louise, 4 ans 1/2, 28 février 1882. Cas intérieur, venant du service des ophtalmies, faciès rouge. Pas d'engorgement ganglionnaire. Les 2 amygdales, la partie interne des piliers, la luette sont recouvertes d'une F. m. d'un blanc légèrement grisâtre et se détachant facilement.

1er mars. *Ur. n° 3*, pas *d'albumine*. Pharynx comme hier.

Les 2, 3 et 4. Les F. m. persistent. *Ur. n° 3. Albumine abondante.* La respiration un peu sonore à distance.

Le 5. *Ur. n° 3. Albumine abondante.*

Le 6 au matin. *Ur. n° 3. Albumine très abondante.* L'enfant est pâle et a perdu beaucoup de sa gaieté. Mort le 7 à 8 heures du matin.

Obs. 52. (Th.)

Rud... Albert, 18 avril 1882, 8 ans. Entré pour une paralysie faciale à frigore. Cas intérieur de diphthérie.

Le 23. Engorgement ganglionnaire assez prononcé des deux

côtés surtout à droite. Tuméfaction des amygdales. Enduit blanc paraissant pultacé vers la partie interne des piliers antérieurs.

Le 24. *Ur. n° 3, pas d'albumine.* Engorgement ganglionnaire double très prononcé. Haleine fétide. Pas d'appétit. Rougeur livide du pharynx. Amygdales volumineuses, sur le voile et les piliers antérieurs, F. m. s'enlevant facilement.

Le 26. *Ur. n° 3. Albumine peu abondante.* Haleine fétide. Epistaxis dans la journée, à plusieurs reprises par les deux narines. Cou très tuméfié, face pâle. Pas de F. m. dans la gorge. *Les urines de la journée, n° 3. Albuminurie un peu plus abondante.* Epistaxis répétées Teint terreux.

Mort le 27 avril à 8 heures du matin.

Obs. 53. (Th.)

Simon Henri, 12 ans, 7 janvier 1882. Céphalalgie ; est resté au lit depuis le 3 janvier avec un mal de gorge. Ganglions sous-maxillaires des 2 côtés un peu tuméfiés, mais bien indépendants. Le pharynx est rouge, un peu violacé. Les amygdales sont très tuméfiées. La luette est noirâtre probablement par suite de la présence de F. m., cautérisées au perchlorure de fer. Jetage séreux et abondant par les fosses nasales. Peu après la visite du soir épistaxis abondante.

Le 8. Depuis *hier* 300 *gr. d'ur.* (*Albumine, par litre*, 7 *gr.* L'enfant est dans le collapsus. Les extrémités sont froides. Le visage est pâle, pupilles contractées. *Ur. fortement albumineuses de couleur bouillon de bœuf clair.* Vers 1 heure du soir, l'enfant reprend un peu connaissance, demande à se lever, puis retombe dans le même état qu'auparavant. Il s'éteint à 2 heures sans convulsion, sans diarrhée, ni vomissements.

Obs. 54. (P.)

Carrière Léon, 4 ans 1/2, 27 novembre 1885. Malade depuis

8 jours. Angine depuis 6 jours. A son entrée, angine intense. Adénite bilatérale considérable, enfant pâle.

Le 27. Coryza diphthérique, toute la gorge est couverte de F. m. noires, face bouffie. Pas de tirage. Adénite considérable.

Le 28. Faciès pâle, cyanose. Pas de fétidité d'haleine. *Ur. extrêmement peu.* Mort à 11 heures du matin.

CROUPS

SANS ALBUMINURIE

Obs. 60. (P.)

André, 4 ans 1/2, 21 décembre 1885. Bronchite depuis quelque temps. Angine depuis hier matin. Plusieurs accès de suffocation. Arrive étant asphyxié. Trachéotomie.

Le 22. *Pas d'albumine.* Broncho-pneumonie, F. m. petites, grises, ovales sur les amygdales.

Le 23. Broncho-pneumonie plus intense ; adénite, angine diphthérique légère ; enfant pâle abattu, agité par moment. Pouls imperceptible. Vers midi raideur dans les mains et les avant-bras, cyanose. Mort à 1 heure du matin.

Obs. 61. (Th.)

Bras, 5 ans 1/2, 27 mai 1883. Opéré du croup le 28 mai. Il était malade depuis huit jours et avait présenté depuis quelques jours des signes de pleuropneumonie.

Le 30. Un peu de coryza diphthérique. Écoulement muqueux par le nez.

Le 31. On essaie sans résultat de lui retirer sa canule. *Ur.* 700 gr.

2 juin. Mêmes tentatives vaines. Les environs de la plaie sont rouges et diphthérisés.

Le 3. *Ur.* 600 gr. n° 3. Reste sans canule toute la journée.

Le 4. Se passe de canule. La diphthérie de la plaie est guérie.

Le 7. La plaie se cicatrise. L'enfant sort guéri le 16.

Obs. 62. (P.)

Castillon, Léon, 8 ans 1/2, 14 décembre 1885. Rougeole, 27 novembre. Dans la nuit du 29-30, la figure devint bouffie, la respiration gênée; il resta ainsi pendant toute la durée de la rougeole, qui était d'ailleurs bénigne.

Le 10. Il se lève. Du 10 au 14 toux sèche. Le 14 au soir picotement léger dans la gorge, la respiration s'embarrasse. (Il a un coryza chronique et respirait toujours difficilement la nuit.) Entre avec beaucoup de tirage et opéré de suite.

Le 15. Coryza, fosses nasales obstruées, transpiration. Adénite légère. Pas de F. m. dans la gorge.

Le 16. Il a rendu une petite F. m. par la canule. Tousse peu. Coryza amélioré, bon état général.

Le 17. *Ur. chargées.* Pas de F. m. Bon état général.

Le 18. Respiration bonne, presque plus de coryza. Rien dans la gorge. Adénite légère droite, les ganglions sont petits, durs. La canule enlevée ce matin. La plaie petite, bonne.

Le 19. *Ur. claires.* Se passe très bien de sa canule. Diphthérie nasale. Rhonchus nombreux disséminés. Gorge rouge. Luette volumineuse. Adénite légère droite.

Le 20. La plaie commence à se fermer, respiration bonne, raideur du cou, gorge rouge. Très bon état général.

Le 22. La raideur du cou n'est qu'apparente, les mouvements absolument libres. La plaie presque fermée, la voix très couverte cependant. Il se lève. Bonne mine.

Sort guéri le 26.

Obs. 63. (P.)

Colle, 4 ans 1/2, 9 novembre 1885. Rougeole il y a 5 semaines.

Le 8, on a constaté de la gêne de la respiration.

Le 10. Tirage très prononcé mais voix claire. Trachéotomie. Rejet par la canule de F. m. tubulées. Gorge sans dépôts membraneux.

Le 12. Pharynx très rouge. Nuit agitée. Respiration précipitée.

Le 13. Eruption scarlatiniforme sur le ventre et le thorax. Asphyxie.

Mort le 14.

Obs. 64. (P.)

Cotereau, 4 ans 1/2, 19 novembre 1885. F. m. sur la luette et sur les amygdales qui sont un peu rouges et saignent à l'examen. Voix et toux un peu éraillée. Respiration pure. Trachéotomie dans la nuit à la suite d'accès de suffocation.

Le 20. *Ur. chargées, pâles en couleur.* A 9 heures 1/2 du matin, elle est prise d'une crise de convulsions. La face est grimaçante, les jambes et les bras se raidissent en extension, et sont animés de soubresauts semblables à des secousses électriques ; les yeux sont grands ouverts, fixes. La face se cyanose. L'accès se calme, laissant l'enfant dans le coma avec respiration stertoreuse. A 10 heures 1/2 deuxième crise qui emporte l'enfant.

Obs. 66. (P.)

Guitton, 29 mois, 22 novembre 1885. Malade depuis 3 jours avec de l'enrouement et de la toux. Hier à la suite d'un vomitif elle a rendu des F. m. tubulées. Accès de suffocation à son entrée. Trachéotomie.

Le 23. Agitation, fièvre, mauvais aspect. Morte à 5 heures.

Obs. 67. (P.)

Jay, Eugène, 3 ans, 14 novembre 1885. Laryngite depuis 8 jours. Beaucoup de tirage sus et sous-sternal. Voix presque claire. Toux bruyante. La respiration est très difficile. Opéré. Pas d'angine.

Le 15. *Ur. claires.* — Eruption scarlatiniforme sur le dos et les membres. La pointe et les bords de la langue sont rouges, luisants. Gorge rouge, pas de F. m.

Le 16. *Ur. chargées.* Eruption plus pâle. Agitation. Pas d'alimentation. Très mauvais état général. Mort à 8 heures du soir. A l'autopsie diphthérie trachéo-bronchique.

Obs. 68. (Th.)

Lamir..., Jeanne, 2 ans 1/2, 8 février 1882. Serait malade depuis 10-12 jours d'un mal de gorge. Faciès pâle. Pas d'adénopathie. Voix éteinte. Tirage très accusé. Pas de rougeur du pharynx. Ulcération profonde de l'amygdale droite.

Le 9. Plaques blanc grisâtre sur les amygdales et le pharynx. *Ur. n° 2, disque de sel assez épais.*

Le 11. Voix un peu plus forte. Respiration plus facile. Les F. m. du pharynx ont disparu. Les amygdales restent grosses.

Le 13. L'enfant mange bien et est gaie. Pas de trace de tirage. La voix est toujours presque aphone, faciès pâle.

Le 16. La voix est revenue à son intensité normale. Les parents emmènent l'enfant.

Obs. 69. (P.)

Louchy, 29 mois, 10 novembre 1885. Etait malade depuis 8 jours; crise d'oppression la nuit précédente. Tirage. Trachéotomie. Pouls très petit. Respire mal, aspect mauvais. Broncho-pneumonie. Mort à 4 heures du soir.

II. — ALBUMINURIE LÉGÈRE

Obs. 71. (Th.)

Anthoine, 5 ans 1/2, 23 mai 1882. Malade depuis le 19 mai. A eu une angine qui a disparu. La nuit dernière 7 ou 8 accès de suffocation. Tirage très prononcé. Voix aphone, toux presque éteinte. Faciès anxieux. Pharynx, pas de F. m. Pas d'engorgement ganglionnaire. Trachéotomie, pendant laquelle il rend des F. m. fermes.

Le 24. *Ur. nº 4, sels par l'acide nitrique. Pas de trace d'albumine.* La plaie a bon aspect. Faciès bon.

Le 25. Une petite plaque de diphthérie sur la lèvre inférieure. *Ur.* 300 *gr. nº* 4. *Légère albuminurie.*

Le 26. Reste sans canule toute la journée.

Le 27. La canule a été remise hier à 9 heures du soir ; elle est enlevée ce matin.

Le 29. *Ur. nº* 4. *Pas d'albumine.* La canule n'a pas été remise, la plaie a bon aspect. L'enfant est très gai.

Le 31. *Ur.* 300 *gr. nº* 4. *Pas d'albumine.*

3 juin. *Pas d'albumine.* Faciès bon, plaie presque entièrement cicatrisée.

Sort le 9 juin.

Obs. 72. (Th.)

Blac Richard, 5 ans 1/2, 14 février 1882. Malade depuis le 12 février, a eu d'abord de la laryngite. Ne paraît pas avoir eu d'angine. Dans la nuit du 13 au 14, il a eu 3 accès de suffocation à son entrée. Tirage intense. Accès de suffocation. *Trachéotomie.*

Le 15. *Ur. nº* 2. *Traces à peine sensibles d'albumine. Sels abondants.* Torticolis depuis hier.

Le 16. La canule est changée pour la première fois. La canule

est noircie au niveau de la plaie et sur sa concavité. L'enfant est gai.

Le 17. *Ur. de couleur* nº 3 : 400 *gr. Albumine de moyenne abondance. Urines nº* 4. *Légère albuminurie.* L'enfant est asphyxiant. Canule pleine de pus. Il meurt à 5 heures par asphyxie.

Obs. 74. (P.)

Borroney, 22 mois, 8 novembre 1885. Malade depuis le 7. Toussant. Le 8 quelques accès de suffocation.

Le 9. F. m. en ruban sur les amygdales qui sont un peu grosses. Léger tirage. Toux éraillée. *Peu d'albumine.*

Le 10. Pouls faible. *Pas d'albumine.* Pas de F. m., gorge rouge assez bon aspect.

Le 12. Gorge rouge, amydales un peu grosses, pas de F. m. *Pas d'albumine.*

Sort guéri le 13.

Obs. 76. (P.)

Colaw..., 2 ans 1/2, 27 novembre 1885. Sans renseignements. Opérée à son entrée. Le premier jour se passe assez bien.

Le 29. Apparaissent de la fièvre, de l'agitation. *Albumine,* 2 *gr.*

Le 30. *Albumine* 0 *gr.* 80.

Le 1er décembre. On trouve des signes de broncho-pneumonie surtout marquée à gauche. *Albumine* 0 *gr.* 45.

Elle meurt le 2. *Albumine* 0 *gr.* 50.

Obs. 77. (P.)

Barr..., 19 novembre 1885. Sans renseignements. Opérée à son entrée.

Le 20. F. m. épaisses, grises, sur la luette, les amygdales

et les piliers. Fièvre vive, agitation. Broncho-pneumonie. *Ur. chargées, albumine 0 gr.* 75.

Le 21. *Albumine* 0 *gr.* 30. Gonflement du cou avec œdème du tissu cellulaire. Mauvais aspect. Respiration précipitée. Agitation.

Mort le 22.

Obs. 78. (P.)

Curm..., 2 ans, 5 décembre 1885. Rhume depuis quelques jours, accès de suffocation depuis hier matin. Trachéotomie.

Le 6. *Pas d'albumine.* Coryza léger, bruit trachéal couvre la respiration.

Le 7. *Albumine* 0 *gr.* 25. *Ur. claires.* Pas de F. m. sur les amygdales. Pas d'adénite.

Le 8. *Albumine* 0 *gr.* 30. Pas de coryza. Se nourrit bien. Dans l'après-midi, il s'agite un peu ; la respiration s'embarrasse.

Le 9. Depuis hier soir, il ne cesse de tousser, rend des crachats liquides par la canule. Le cou autour de la plaie est un peu rouge et gonflé. Vers midi l'opppession augmente ; les ailes du nez battent, il ouvre la bouche, s'agite, pâlit, la respiration est très bruyante, l'expiration longue. Auscultation ne donne rien ; le bruit trachéal couvre tout. Les lèvres se cyanosent ; cet état continue jusqu'à la mort.

Obs. 79. (Th.)

Blanchet, 9 ans, 4 mars 1882. Souffre de la gorge depuis 8 jours, douleur d'abord légère, devenue un peu plus forte hier. Faciès peu coloré. Appétit conservé. Un peu de douleur dans la gorge. Peu d'adénopathie. Les deux amygdales et le pourtour des piliers ainsi que la luette sont recouverts d'une fausse membrane grise. Voix presque aphone. Un peu de tirage. Pas d'accès de suffocation.

Le 5. *Ur. n° 3. Albumine peu abondante.* Opéré.

Le 6. L'enfant est d'une pâleur extrême. Elle ne prend aucune nourriture. *Ur. n° 4 sels abondants, pas d'albumine.* Dans la journée elle reste affaissée et meurt à quatre heures de l'après-midi.

Obs. 80. (P.)

Detroyse, 3 ans, 13 décembre 1885. Malade depuis quelques jours. Trachéotomie.

Le 14. *Albumine, traces.* Etat général pas mauvais, respira-bonne.

Le 15. *Albumine* 0,20. Rend du pus par la canule, s'agite. La respiration est bruyante. Vers midi l'agitation devient extrême, l'enfant pâlit, râle. Mort à une heure du matin.

Obs. 81. (P.)

D'Ingreville, 4 ans, 15 novembre 1885. Rhume depuis 8 jours, accès de suffocation depuis hier, vomitif hier soir. Trachéotomie. *Albumine, traces.*

Le 16. *Ur. très chargées*, angine, adénopathie légère, diphthérie nasale, écoulement abondant. Beaucoup de diarrhée, vomissements tout l'après-midi.

Le 17. *Albumine* 0 *gr.* 25. Paralysie du voile du palais; adénite légère. Agitation, pâleur, vomissements, diarrhée, soif ardente. Convulsion, dans les membres supérieurs : les avant-bras, les doigts se raidissent et s'écartent pendant quelques instants. Mort 2 heures après-midi dans le collapsus.

Obs. 82. (P.)

Formant, Eug., 3 ans 1/2, 2 novembre 1885. Malade depuis le 25. Croup depuis le 31 septembre. A l'entrée voix éteinte,

léger tirage sus et sous-sternal. Etat général satisfaisant. Localement F. m. blanche peu épaisse, sur le voile, la luette et les amygdales, qui sont un peu tuméfiées; muqueuse un peu rouge. Légère adénopathie. Vomitifs répétés en ville, a rendu une F. m. ramifiée chez elle. Trachéotomie à l'entrée. *Pas d'albumine.*

Le 3. *Pas d'albumine.* Bon aspect.

Le 4. Fausse membrane peu épaisse sur l'amygdale droite et la luette. Respire tranquillement. *Un peu d'albumine*, 0 *gr.* 25.

Le 5. Un peu de gonflement de la plaie. Agitation, un peu de fièvre. *Encore un peu d'albumine.*

Le 6. *Très peu d'albumine.* A partir de ce jour apparaissent les signes d'une broncho-pneumonie qui enlève l'enfant en 5 jours. *Pas d'albumine* à aucun moment.

Obs. 83. (P.)

Giacometti, 3 ans, 5 novembre 1885.

Malade depuis le 31 octobre, se plaint de mal de gorge. Le 1er novembre, la voix et la toux sont un peu enrouées. Depuis le 4 novembre dyspnée, accès de suffocation. Vomitif : n'a pas rendu de F. m. Toux et voix éteinte, tirage très prononcé. Bon aspect de l'enfant. Trachéotomie. Rien dans la gorge. *Albumine,* 0 *gr.* 25. *Ur. très chargées.*

Le 6. L'enfant tousse beaucoup; il est agité et bien pâle. Mange mal. La nuit est mauvaise.

Le 7. *Albumine peu. Ur. opaques.* Etat général mauvais. La canule enlevée ce matin est couverte de taches noires. Il râle. Mort à 5 heures du soir.

Obs. 84. (P.)

Lagery, 3 ans 1/2, 19 décembre 1885. Malade depuis hier. Trachéotomie.

Le 20. Coryza intense. Petites F. m. sur les amygdales. *Albumine, traces.* Adénite légère.

Albumine, traces. Urines chargées. Gros râles disséminés Mange bien, état général assez bon. Enfant pâle.

Le 22. *Albumine, traces.* Angine stationnaire. Coryza médiocre. Râles fins à l'auscultation. Le nez coule beaucoup, l'enfant rend un peu de pus par la canule.

Le 24. *Pas d'albumine.* Canule enlevée ; il s'en passe bien. Coryza amélioré. La plaie très petite, en bon état. Gorge rouge, pas de F. m.

Le 26. *Pas d'albumine*, la plaie cutanée se cicatrise; coryza disparaît.

Le 28. *Pas d'albumine.* Respiration bonne. Bon état sous tous les rapports.

Sort guéri le 30 décembre.

Obs. 85. (P.)

Larhantec, 2 ans 1/2, 13 décembre 1885. Malade depuis 5 jours. *Albumine peu.* Voix éteinte. Un peu de tirage. F. m. sur les amygdales et les piliers. Muqueuse rouge. Trachéotomie.

Le 14. Pâle, agité, diarrhée, adénite, angine. Mort à 4 heures du soir.

Obs. 86. (P.)

Mauchin, 14 décembre 1885. Vient d'avoir la rougeole : angine depuis hier.

Le 15. *Pas d'albumine. Ur. claires.* Amygdales et luette déchiquetées, comme rongées. F. m. dans les anfractuosités, coryza intense. Adénite bilatérale, douloureuse.

Le 16. *Albumine, traces. Ce matin.* tirage intense pendant quelques instants; le tirage disparaît complètement. Mort

subitement en mangeant de la soupe, il devient bleu tout d'un coup, se raidit, étouffe dans quelques minutes. Un peloton de F. m. arrêté dans le larynx a causé l'asphyxie.

Obs. 87. (P.)

Monsacré, 3 ans 1/2, 15 novembre 1885. Malade depuis le 14. A son entrée tirage assez marqué, voix éteinte, les amygdales sont grosses, recouvertes de F. m. Adénopathie modérée.

Le 16. Vomitif à la suite duquel elle n'a pas rendu de F. m. *Pas d'albumine.*

Le 18. Les deux amygdales sont recouvertes de plaques gris noirâtre ; la muqueuse est rouge. *Un peu d'albumine.*

Le 19. F. m. sur la luette, adénopathie légère, *un peu d'albumine.*

Le 21. Toujours un peu de tirage. La voix est couverte. *Pas d'albumine.*

Le 22. Même état de la gorge. Depuis quelque temps toux coqueluchoïde et ulcération du frein de la langue ; cette ulcération est recouverte d'une F. m, *Pas d'albumine.*

Les 23, 24, 25. Symptômes du croup toujours modérés, F. m. dans la gorge, peu épaisses. *Pas d'albumine.* Toux de coqueluche.

Le 29. Il ne reste que quelques F. m. sur les amygdales. Voix encore un peu couverte. Il n'y a plus de tirage. *Albumine, pas.*

1er décembre. Plus rien dans la gorge. La voix est presque normale. La mère emporte l'enfant.

Obs. 88. (P.)

Salarnier, 3 1/2, 1er décembre 1885. Malade depuis huit jours ; de la toux. Respiration difficile et tirage depuis hier soir.

Le 2. Toux et voix couvertes. Léger tirage. Rien dans la gorge.

Albumine 0 *gr*. 25. Large vésicatoire sur le dos, sans diphthérie.

Le 3. Gorge normale. Le tirage est moins marqué ce matin que hier soir. Un peu de bronchite. Le soir il a presque coup sur coup deux accès de suffocation. *Albumine* 0 *gr*. 05.

Le 4. Tirage modéré. Respiration peu précipitée. Le vésicatoire se diphthérise un peu. *Albumine* 0 *gr*. 10.

Les 5 et 6. Le vésicatoire n'a plus de F. m. Gorge toujours normale. Toux toujours un peu couverte. La difficulté de la respiration se montre par instant. *Albumine* 0 *gr*. 10.

Les 7 et 8. Un peu plus de tirage. Sa voix est plus éteinte. Le vésicatoire est à peu près sec. *Albumine comme hier.*

Le 9. Respiration moins facile. État général moins bon. *Albumine* 0 *gr*. 20.

Le 10. Léger foyer broncho-pneumonique à gauche. Léger tirage. *Traces d'albumine.*

Les 11, 12, 13. Alternatives de moment où la respiration devient pénible et d'autres où elle est calme ; *albumine* 0.*gr*.10. Cet état persiste jusqu'au 17, où il est emmené par ses parents. *L'albumine a disparu le* 14.

Obs. 89. (H.)

Savorat, 11 ans 1/2, 10 décembre 1885. Vient d'avoir la scarlatine. Mal de gorge depuis hier. Ce matin, engorgement ganglionnaire. Points blancs sur les amygdales ; traînées blanches sur les piliers postérieurs. Salivation abondante.

Le 11. *Pas d'albumine.* Les F. m. disparues des amygdales. Le pilier postérieur gauche reste couvert.

Le 12. *Albumine* 0 *gr*. 15. *Ur. chargée.* Voix éteinte, toux croupale.

Le 13. *Albumine, traces.* Hier deux accès de suffocation, pas de tirage. Ce matin, il a rendu une grande F. m. tubulée, blanche (1 cent. de longueur) à grand diamètre (trachée). Voix complètement éteinte. La luette et les amygdales rouges, tuméfiées ; peu de F. m.

Le 14. *Albumine, traces*. Gorge nettoyée. Hier dans la journée, il a encore rendu quelques petites F. m. La voix un peu revenue ce matin. Respiration très faible.

Le 15. Il a rendu beaucoup de F. m. hier. Se trouve soulagé. *Pas d'albumine*. Mange bien. Amaigrissement notable.

Le 16. *Albumine, traces*. Ne rend plus de F. m. Même état pour le reste.

Le 17. *Albumine* 0 *gr*. 10. Une petite F. m. grise sur l'amygdale droite (nouvellement formée). Adénite.

Le 18. *Albumine, traces*. Même état, la voix reste complètement éteinte.

Le 19. *Pas d'albumine*. Quelques taches grises sur les amygdales déchiquetées. Adénite légère. La toux et la voix s'éclaircissent un peu.

Les 20 et 21. *Pas d'albumine*. La voix revient peu à peu. Petit point sur le pilier.

Les 22 et 23. La voix s'éclaircit. Rien dans la gorge, qui est bien rouge encore. *Pas d'albumine*.

Le 26. *Pas d'albumine*. Voix claire, assez forte, toux, crachats muqueux.

Sorti guéri le 29 décembre.

Obs. 90. (P.)

Schely, 11 ans, 27 décembre 1885. Malade depuis 8 jours. Il y a chez lui un autre garçon atteint d'angine diphthérique. Tirage intense, voix éteinte. Trachéotomie. Sur les deux amygdales F. m. petites. Adénite légère.

Le 28. *Pas d'albumine, Ur. très chargées*. Plaie petite en bon état, gorge rouge. Pas de F. m.

Le 29. *Albumine, un peu*. La canule est enlevée ce matin, il s'en passe très bien, la peau un peu rouge autour de la plaie.

Le 30. *Albumine, 0 gr. 05*. La plaie se rétrécit. Pas d'angine.

Le 31. *Pas d'albumine*. — La plaie se ferme, la voix revient un peu.

Obs. 91. (P.)

Smith, 3 ans, 24 novembre 1885, malade depuis le 21, opérée de suite. A son entrée : tirage et voix éteinte depuis le matin.

Le 25. F. m. en lames sur les amygdales. Pas d'adénopathie. Bon aspect général. Hémorrhagie peu abondante, continue par la canule. Tous les crachats sont rouges. *Très peu d'albumine.*

Le 26. Agitation. Respiration précipitée. Foyers de broncho-pneumonie à gauche. Mort le soir.

Obs.92. (P.)

Voisin, 2 ans 1/2, 8 novembre 1885. Malade depuis le 7. Bon aspect ; points blancs sur les amygdales, qui sont grosses. Adénophathie légère, non douloureuse. Trachéotomie le soir. *Pas d'albumine.*

Le 9. Coryza. Les amygdales sont nettes. *Albumine, 0 g. 50.*

Le 10. État général bon. *Albumine, traces.*

Le 12. Le coryza est amélioré. Angine également.

Le 16. Pas de F. m. dans la gorge ; se nourrit bien.

Le 17. Impossibilité de lui retirer sa canule. Amygdales gris rouge. Pas de F. m. Coryza. *Pas d'albumine.*

Les 19 et 20. Adénopathie très légère. Transpiration. Un peu pâle. *Pas d'albumine, Ur. claires.* Etat général bon.

Le 22. Somnolence. Broncho-pneumonie en foyers.

Le 28. *Pas d'albumine.* Depuis quelques jours, l'enfant a pâli et s'affaiblit. Râles sous-crépitants. La plaie trachéale est presque fermée. Emmené par ses parents.

III. — Albuminurie variable

Obs. 93. (Th.)

Aubry, 8 ans 1/2, 28 décembre 1881. Malade depuis le 22 décembre. A son entrée, plaques dans le pharynx, symptômes de croup.

1er janvier. Les plaques persistent. Voix et toux enrouées.

Le 4. Même état. La gorge est encore rouge. Les plaques ont disparu. Encore un petit ganglion, sous la mâchoire.

Le 4. *Albuminurie abondante. Ur. foncée.* L'enfant est pâle.

Le 8. *Léger nuage d'albumine.*

Le 9. *Ur. claire, très léger nuage d'albumine*, rien à l'examen microscopique de l'urine. L'enfant est toujours pâle.

Le 15. La voix est un peu nasonnée. Pas de reflux des boissons par les fosses nasales. Anesthésie du voile.

Le 18. *Ur. pâles. Albumine assez abondante.*

Le 19. *Ur. pâles. Albumine légère.* La voix est encore plus nasonnée.

Le 21. *Albuminurie assez abondante.* Les jours suivants, l'urine n'est pas examinée. La voix devient moins nasonnée. Le visage redevient très coloré.

Le 13. *Ur. n° 2.* Léger trouble par le refroidissement. *Albuminurie très lègère.*

Le 16. *Ur. n° 2. Pas de trace d'albumine.* La voix est normale. Sortie le 21 février.

Obs. 94. (Th.)

Baudot, 5 ans 1/2, 18 mars 1882. Malade depuis le 14 mai.

Le 18. Accès de suffocation. Angine avec engorgement ganglionnaire assez prononcé, dyspnée, peu de tirage. A 3 heures du matin, accès de suffocation. Trachéotomie.

Le 19. F. m. blanc pur sous les amygdales, par points disséminés. Un point semblable à la base de la luette, sur la paroi postérieure du pharynx. Faciès très pâle. Jetage séreux.

Le 20. *Ur. n° 4. Albuminurie peu abondante.* Faciès toujours pâle. L'enfant mange un peu moins bien. L'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire augmente, il est un peu diffus, l'état du pharynx reste le même.

Le 21. Faciès pâle. Un peu de rougeur des téguments de la région sous-mentale. *Ur., 550 gr. n° 3. Albuminurie plus abondante.* L'enfant est resté sans canule de 10 heures du matin à 2 heures du soir.

Le 22. Diphthérie cutanée au voisinage de la plaie.

Le 23. Très agité. La canule remise à 3 heures du matin est retirée à 8 heures. Les environs de la plaie sont toujours rouges et diphthérisés. *Ur. n° 3. Albumine abondante.*

Le 24. L'enfant est moins agité. Adénopathie et rougeur beaucoup moins prononcées. La diphthérie de la plaie ne se produit plus. La canule est enlevée le matin et n'est pas remise.

Le 26. *Ur. n°* 3. *Albumine un peu moins abondante.*

Le 27. *Ur, n° 4. Albumine diminue toujours.*

Le 27. L'enfant est emmenée par sa famille.

Obs. 95. (Th.)

Chév..., 5 ans 1/2, 15 février 1882. Le 12, il fut pris de toux et probablement de dyspnée.

Le 15. Faciès un peu pâle. Toux rauque. Voix légèrement enrouée. Respiration facile. Pharynx rouge, amygdales grosses, pas de F. m. L'enfant est gai. Se plaint un peu de la gorge. Mange facilement.

Les 16 et 17. Inspiration un peu laborieuse. Voix un peu faible. *Ur. n° 2, sels abondants, pas de trace d'albumine.*

Le 18. *Ur. n° 4. Albuminurie très légère.* Toux encore enrouée. Pas de tirage. Rien dans la gorge.

Les 20 et 21. Toux encore enrouée. Voix normale. Respiration facile. *Ur. 450 gr. n° 4. Pas de trace d'albumine.*

Le 22. *Ur. 500 gr. n° 3. Traces très faibles et douteuses d'albumine.* Anorexie. Il est emmené par ses parents.

Obs. 96. (P.)

Bonneau, 3 ans 1/2, 19 décembre 1885. Malade depuis trois ou quatre jours. Bien portant d'habitude. *Trachéotomie.*

Les 20 et 21. Sur les deux amygdales plaques blanches, épaisses. Les amygdales un peu gonflées, très rouges. Adénite médiocre. *Pas d'albumine.* Bronchite intense.

Le 22. Un peu agité ce matin, hier soir vomissements. Broncho-pneumonie. *Albuminurie légère.*

Le 23. *Albumine 0 gr. 25. Ur. claires.* Agitation, broncho-pneumonie intense. Fausses membranes sur les deux amygdales. Vomissements répétés. Il n'a pu se passer de canule. Hémorrhagie par la plaie, après des quintes de toux.

Le 24. *Albumine 0 gr. 10. Urines chargées,* très colorées. Ce matin encore une hémorrhagie abondante ; pouls petit, refroidissement.

Le 25. *Albumine. Ur. très chargées.* Depuis hier matin, l'enfant reste anémié, prostré, respirant à peine ; urine peu.

Le 26. *Albumine, traces. Ur. très chargées.* Meilleure mine, moins abattu. Il reste un peu assis, s'amuse. Ne prend que du lait au rhum, vomit le vin, le bouillon.

Le 27. *Albumine, traces.* Agitation, pâleur, violents accès de toux, il étouffe par moments. Broncho-pneumonie.

Le 28. *Albumine, traces. Ur. claires.* La canule est enlevée ce matin ; respire tranquillement. La plaie est petite, en bon état, rend un peu de pus par la canule. Se nourrit mal.

Les 29 et 30. *Pas d'albumine. Ur. très chargées.* La plaie agrandie rend du pus. Pas de canule.

1er janvier. Même état. Respiration s'améliore. Encore râles fins. *Pas d'albumine, ur. très chargées, opaques.* La plaie

ne se ferme pas ; pus par la plaie. Râles gros et fins, très nombreux. Mort.

Obs. 97. (P.)

Bouchaud, 6 ans, 20 novembre 1885. Enfant chétif, sujet aux bronchites. Toux depuis 8 jours. Trois jours de suite, trois vomitifs a rendu beaucoup de F. m. Tirage considérable. Trachéotomie. A peine la canule introduite, il rend des F. m. énormes, molles, tubulées, ramifiées. *Albumine*, *beaucoup*.

Le 21. *Albumine*, 0 *gr*. 25. *Ur. claires*, *incolores*. Auscultation : sibilances ; pâleur, agitation, regard vague, un peu de délire. Mort le soir dans le coma.

Obs. 98. (P.)

Cayeux, 4 ans 1/2, 10 décembre 1885. Angine depuis 5 jours. Voix éteinte depuis 3 jours. Accès de suffocation depuis hier. Tirage considérable, enfant pâle, cyanosé. Angine légère. *Trachéotomie*.

Le 12. *Pas d'albumine*. *Ur. très chargées*. Sur l'amygdale droite une plaque arrondie ; quelques petites taches blanches sur d'autres points. Légère adénite droite. Muqueuse pâle.

Le 11. *Pas d'albumine*. Tousse un peu moins qu'hier. Transpiration. Le cou un peu gonflé.

Le 13. *Albumine* 0 *gr*. 20. Vomissement répétés : le cou un peu rouge autour de la plaie : râles humides disséminés.

Le 14. A 2 heures du matin, épistaxis abondante. Toux.

Le 15. *Albumine* 0 *gr*. 40. Vomit encore parfois en toussant trop fort. Crachats épais. Adénite lègère bilatérale, rien dans la gorge. Pâleur.

Le 16. *Albumine*, *traces*. Hier soir à 6 heures épistaxis peu abondante. Un peu de sang par la plaie ; canule réintroduite, diphthérie à la partie inférieure de la plaie qui est agrandie.

Diphthérie cutanée au-dessous. Etat général assez bon. Pas de vomissements. Se nourrit.

Les 17 et 18. *Pas d'albumine. Ur. claires.* La plaie et la peau voisine toujours en très mauvais état ; tousse peu.

Le 20. *Pas d'albumine.* La plaie trachéale commence à se former. Il commence à avoir sa voix. La plaie cutanée encore en mauvais état, un peu améliorée cependant.

Le 21. *Albumine, traces.* La voix revient, la plaie diminue.

Les 22 et 23. *Pas d'albumine.* Même état, voix assez forte. Pas de diphthérie à la plaie. Pas d'angine.

Le 26. *Pas d'albumine.* La moitié inférieure du poumon droit respire mal.

Le 27. Adénite droite considérable, rien dans la gorge, respiration soufflante. A la base droite : pas de râles ; l'enfant avait en entrant des sinapismes aux 2 mollets ; ils sont restés longtemps, au point de laisser toute la surface à vif ; celui de la jambe droite a beaucoup coulé ; il y a 8 jours environ, le mollet droit était couvert de diphthérie, ce qui coïncidait avec la diphthérie de la plaie trachéale. Actuellement il est en bonne voie de guérison.

Les 28 et 29. *Pas d'albumine. Ur. claires.* La jambe droite lui fait mal. Il la tient toujours fléchie. Le vésicatoire va bien cependant. Rien dans la gorge. Il est pâle, triste.

Le 30. Toux. Voix claire. Toute la journée, il tousse, pousse des cris aigus. Le soir la plaie s'est rouverte. *Albumine.*

Le 31. Plaie ouverte, voix éteinte. Agité, maigri, d'une pâleur extrême, la peau sèche, brûlante ; toux douloureuse. Respiration bonne. Pas d'angine. *Albumine,* 0 *gr.* 05.

Emmené le 1er janvier par ses parents.

Obs. 99. (P.)

Chardon, 6 ans 1/2, 27 novembre 1885. Malade depuis avant hier. Léger tirage. Bon aspect. Rien dans la gorge.

Le 28. Disparition des symptômes de croup. Légères F. m. sur les amygdales. *Pas d'albumine.*

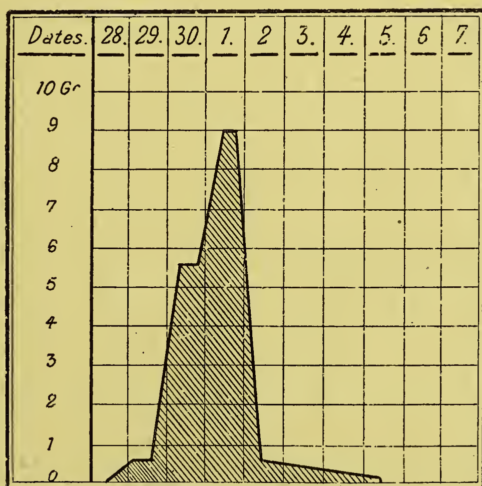
Le 29. Voix éteinte. Un peu de bronchite *Albuminurie légère.*

Le 30. La voix est meilleure. Plus rien dans la gorge. Signes de pneumonie au sommet gauche.

1er décembre. *Ur. très chargées.*

Le 2. Voix couverte de nouveau. Rien dans la gorge, pas d'adénopathie.

Le 4. Amélioration générale. Voix claire. Râles crépitants nombreux au lieu du souffle tuber. Plus rien dans la gorge ni



au larynx. Les jours suivants signes d'un léger épanchement pleurétique, à gauche.

Sort guéri le 18.

Obs. 100. (P.)

Dumas G., 6 ans 1/2, 9 novembre 1885. Scrofuleuse presque sourde des suites d'une otite double. Malade depuis 5 jours avec

des accidents de suffocation qui nécessitent la trachéotomie.

Le 10. Grosses amygdales en partie recouvertes de fausses membranes. *Albumine*, 0 *gr*. 50.

Le 11. *Ur. peu chargées. Albumine*, 0 *gr*. 25. La canule, retirée ce matin, a quelques taches noires. Les fausses membranes des amygdales sont peu étendues. Bon aspect. Cependant, il y a un peu de tuméfaction du cou.

Le 12. *Albumine*, 0 *gr*. 15. F. m. très minces sur les amygdales. Rougeur avec gonflement et phlyctènes autour de la plaie.

Le 13. *Albumine non dosable*. L'érysipèle s'étend vers les parties latérales du cou et vers l'épaule droite. La plaie s'agrandit. Expectoration par la plaie de F. m. blanches, épaisses. S'alimente bien.

Le 15. *Peu d'albumine*. L'érysipèle s'étend à la partie supérieure de la poitrine et commence à s'éteindre. Adénopathie sous-maxillaire considérable.

Le 16. *Un peu d'albumine*. L'érysipèle fuse vers l'aisselle.

Le 17. *Un peu d'albumine*. L'érysipèle a pâli partout.

Le 18. *L'albumine augmente*. Il n'y a plus de tuméfaction, mais il reste un peu de rougeur autour de la plaie, qui est agrandie, l'adénopathie a disparu.

Le 20. *Beaucoup d'albumine*.

Le 21. Grandes plaques de diphthérie autour de la plaie qui est béante. *Beaucoup d'albumine*.

Le 22. Amélioration de l'état local et général. *L'albumine diminue beaucoup*.

Le 23. La plaie est fermée. *Albumine*, 0 *gr*. 10.

Le 24. *Albumine*, 0 *gr*. 20.

Le 25. *Albumine*, 0 *gr*. 10.

Le 26. *Albumine*, 0 *gr*. 30. Sort guérie le 27. *L'urine d'hier est encore un peu albumineuse*.

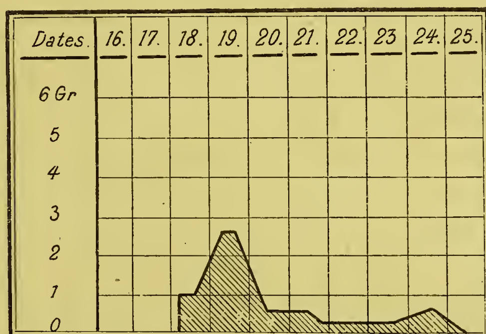
Obs 101. (P.)

Glin..., 4 ans 1/2, 16 novembre 1885. Tousse depuis une huitaine, plus malade depuis 4 jours.

Le 17. Opéré. Pas d'angine. Diarrhée.

Le 18. *Ur. claires*. Plaques sur l'amygdale droite.

Le 19. *Ur. claires*. Moins de diarrhée. F. m. sur l'amygdale. Adénopathie légère, un peu sensible à droite.



Le 21 et le 22. *Ur. chargées*. Quelques râles ronflants. Bon état général, plaie de bon aspect.

Le 27. Sort. Plaie cutanée n'est pas absolument guérie.

Obs. 102. (P.)

Levass..., 11 ans 1/2, 23 novembre 1885. Rhume depuis 15 jours; accès de suffocation la nuit dernière.

Le 23. Trachéotomie à son entrée. Sur les amygdales des points blancs, isolés, coryza intense. *Albumine* 0 *gr*. 25. Voix éteinte depuis quelques jours.

Le 24. *Albumine*, 0 *gr*. 20.

Le 26. *Albumine*, 0 *gr*. 25. Se passe de cauule.

Le 27. *Albumine*, 0 *gr*. 20. Hémorrhagie par la plaie.

Le 28. *Albumine, traces.*

Le 29. *Albumine*, 0 *gr.* 20. Diarrhée depuis hier. Forte congestion pulmonaire, surtout â la base gauche.

Le 30. *Albumine*, *traces.* Diphthérie à la face interne des paupières et sur les globes oculaires, langue très sèche. Diarrhée, douleur dans la fosse iliaque droite.

1er décembre. *Albumine,* 0 *gr.* 25. F. m. peu étendues sur les amygdales. Hier on a enlevé une fausse membrane de l'un des yeux, blanche, épaisse, très étendue. Diarrhée, la fosse iliaque droite un peu sensible. Le souffle persiste à droite.

Le 9. *Pas d'albumine.* Plaie trachèale en bon état. Diphthérie oculaire. Diarrhée forte ; selles fétides, presque vertes ; langue rouge, sèche, luisante. Poumon droit : Souffle moins fort.

Les 2 et 4. *Albumine, traces.* L'état général ne varie pas. Pas de taches rosées, ni grosse rate ; un peu de ballonnement. *Fièvre typhoïde ?* Pouls dicrote. Plaie en bon état. Diphthérie oculaire.

Le 6. *Pas d'albumine. Ur. très chargées d'urates.* La plaie un peu agrandie. Signes d'auscultation les mêmes. Paralysie du voile du palais. Pas de diarrhée.

Le 7. *Pas d'albumine. Ur. claires.* Plaie en mauvais état ; elle s'agrandit, il y a du décollement autour. Diphthérie oculaire. Agitation, pâleur, amaigrissement.

Le 8. *Pas d'albumine. Ur. très chargées.* La paralysie du voile du palais s'accentue de plus en plus ; la plaie n'a aucune tendance à la cicatrisation. Mauvais état. Agitation, insomnie. Cet état se continue jusqu'au 12, époque où il meurt du fait de sa lésion pulmonaire. Les plaques de Peyer étaient intactes et il n'y avait plus de fausses membranes dans l'arbre aérien.

Obs. 103. (P.)

Morin Henriette, 3 ans, 9 novembre 1885. Malade depuis 8 jours ; accès de suffocation hier.

Le 9. Tirage modéré.

Le 10. Deux ou trois points blancs sur l'amygdale gauche bronchite, tirage. Trachéotomie.

Le 11. *Albumine, beaucoup. Ur. chargées*, état général pas mauvais. Calme. Broncho-pneumonie.

Le 12. *Albumine, peu. Ur. opaques.* Quelques points sur l'amygdale gauche ; râles sous-crépitants à gauche, à la partie moyenne principalement.

Le 13. Râle, cyanose, face pâle, luisante. Mort à 9 heures du soir.

Obs. 104. (P.)

Poupeville, Jules, 5 ans 1/2, 14 décembre 1885. Coqueluche et rougeole il y a peu de temps. Sa sœur a eu une angine couenneuse, il y a six semaines. Malade depuis 5 jours ; tirage. L'état a empiré la nuit dernière.

Le 14. *Albumine, traces. Ur. claires,* tirage intense, toux croupale, voix éteinte. Pas de f. m. dans la gorge. Pâleur. Sensibilité émoussée. *Trachéotomie.* La respiration n'a pas changé, aussitôt après l'opération le tirage est le même, suffocation. Le soir, il se calme.

Le 15. *Albumine,* 0 *gr.* 50. *Ur. claires.* Mange bien. Tousse beaucoup. Coryza.

Les 16 et 17. *Albumine, traces.* Pas de f. m. dans la gorge. Adénite douloureuse, bouffissure considérable de la face. *Broncho-pneumonie.*

Le 18. *Pas d'albumine.* Le cou enflé, rouge, la figure bouffie. *Erysipèle.* Il se passe difficilement de sa canule, qu'on enlève à cause de l'état du cou.

Le 20. *Pas d'albumine.* La figure désenfle, le cou également. Il se passe de canule le jour. Plaie agrandie, est sèche.

Le 21. *Albumine,* 0 *gr.* 05. *Ur. claires.* Le cou et la figure sont désenflés, face pâle.

Le 22. *Albumine,* 0 *gr.* 10. La plaie est meilleure.

Les 23 et 24. *Albumine* 0 *gr.* 25. Desquamation furfuracée.

(suite d'érysipèle), la plaie s'améliore. Adénite légère. Pas de f. m. dans la gorge. Mange et dort bien.

Les 25 et 26. La plaie en entonnoir se rétrécit. *Albumine 0 gr. 10. Ur. claires*, adénite légère. Pas d'angine.

Le 27. *Albumine, traces. Ur. très chargées.* Hier très agité ; avait même du tirage ; on a remis la canule. Ce matin, la figure est violacée. Vers midi il se calme, le teint pâlit.

Le 28. *Albumine. Ur. chargées.* Etat meilleur qu'hier. Pas de canule. Respiration laborieuse. Râles nombreux.

Le 30. *Pas d'albumine. Ur. claires.* Sorti guéri en janvier.

Obs. 105. (P.)

Taixidor, 4 ans 1/2, 3 novembre 1885. F. m. épaisses sur l'amygdale gauche. Pas d'adénopathie. Trachéotomie.

Le 4. *Albumine en quantité inappréciable.* Nuit agitée.

Le 6. S'est passée de canule pendant toute la journée. *Albumine disparue.*

Le 8. Mauvaise nuit. On remet sa canule. Broncho-pneumonie à gauche. Rien dans la gorge. *Un peu d'albumine.*

Le 9. Elle a rendu par sa canule une f. m. longue et ramifiée. *Un peu d'albumine.*

Le 10. Une plaque de diphthérie à la face interne des lèvres et de la joue gauche. *Un peu d'albumine.*

Le 11. Amélioration de tous les symptômes. *Pas d'albumine.* Elle est emmenée par sa famille.

IV. — ALBUMINURIE ABONDANTE

Obs. 109 (P.).

Dussard, 6 ans, 26 octobre. Malade depuis le 21 ; dans la nuit du 24 au 25 accès de suffocation.

Le 27. Les amygdales, la luette, le voile du palais, les piliers,

recouverts de f. m. confluentes, épaisses. Adénopathie modérée. Voix claire. Bon état général. *Albuminurie notable.*

Le 28. Toux croupale. Tirage pendant la nuit, voix couverte.

Le 29. Accès de suffocation hier, plus de tirage. *Albuminurie abondante.*

Le 31. Paralysie du voile du palais. Somnolence continuelle. *Urines incolores, pâles.* Il meurt le 3, après avoir présenté une somnolence continuelle.

Obs. 110. (Th.)

Goh., 4 ans, 14 mars 1882. Malade depuis le 11 où apparaît de la gêne respiratoire. A son entrée f. m. blanches peu épaissies sur la luette et les amygdales. Peu de symptômes de croup. *Albuminurie abondante.* Cet état persiste jusqu'au 26, époque à laquelle il est emmené par sa famille. Les f. m. se reproduisent sur place et existent encore à sa sortie. Les symptômes de croup n'ont jamais été menaçants.

Obs. 111. (P.)

Guitton, 3 ans 1/2, 21 décembre 1885. Coqueluche, il y a quelque temps. Depuis le 18 déc. voix commence à se couvrir. Hier épistaxis; plusieurs accès de suffocation la nuit dernière.

Le 21. Grande F. m. arrondie sur l'amygdale gauche, tirage sus et sous-sternal assez fort. Voix pas éteinte, très couverte. Enfant très pâle. Trachéotomie. Il rend, la canule à peine introduite, une fausse membrane en tube complètement ramifiée de 8 cent. de longueur environ.

Le 22. Agitation, pâleur, le pouls est très petit. *Albumine beaucoup.* Mort à 4 heures du soir.

Obs. 112. (Th.)

Gros, 3 ans, 5 mars 1882. Début le 8 mars. A son entrée on constate un coryza diphthérique intense, une adénopathie dou-

ble, une angine intense. Il est opéré dans la journée, et ne rend pas de F. m. par la canule. Dans la suite toutes ces manifestations ont persisté, surtout le coryza qui donne lieu à un jetage très abondant. L'enfant ne veut pas manger, il s'agite. Sa respiration s'accélère et il meurt le 9 mars. *L'albuminurie a été toujours abondante.*

Obs. 113. (Th.)

Thesse, 6 ans, 5 mars 1882. Mal de gorge depuis le 27 février. La voix a commencé à s'altérer le 3 mars. Du 4 au 5 gêne de la respiration. Faciès pâle, adénopathie considérable, F. m. grises sur les amygdales, les piliers et la luette. Un peu de tirage.

Le 6. *Ur. n° 3, albuminurie très abondante.* Engorgement ganglionnaire augmente. Même état local. Mort.

Obs. 106. (Th.)

Auch..., 4 ans, 13 mai 1882. Gêne de la respiration depuis le 12. Opéré le 15. Il rejette une grande quantité de fausses membranes. Rien dans la gorge.

Le 17. *Ur. n°* 3. *Très albumineuses.* Depuis hier légère diphthérie de la plaie.

Le 19. *Moins d'albumine.* Est resté hier sans canule.

Le 21. *Moins d'albumine.* Plaie nette.

Le 24. *Disparition de l'albumine.* Sort le 1er juin guéri.

Obs. 107. (Th.)

Paillette, 4 ans, 30 mai 1882. Mal de gorge depuis 8 jours. Voix enrouée depuis hier.

Le 31. Voix éteinte, tirage intense (vomitifs).

3, 4, 5 juin. *Albumine abondante* (1er examen). *Ur. n°* 2. Mêmes symptômes peu accentués de croup.

Le 7. Voix presque normale. *Moins d'albumine qui disparaît*

complètement le 10; en même temps la voix est redevenue claire. Sort guéri le 13. Sa voix est un peu nasonnée. On le ramène quelques jours après pour une paralysie du palais et une adénite cervicale suppurée qui guérit par incision.

V. — ALBUMINURIE TERMINALE

OBS. 114. (TH.)

Chauvin, 6 ans, 21 mars 1882. Depuis 8 jours, il tousse et rend des fausses membranes sans rien dans la gorge. Dans la nuit du 20 au 21, plusieurs accès de suffocation précédés de dyspnée. Il est opéré à son entrée. Pas d'adénopathie.

Le 22. *Ur. n° 3. Albuminurie peu abondante.* Faciès rouge, mais l'enfant est très agité.

Le 23. La surface d'un vésicatoire appliqué en ville est diphthérisée. *Albumine un peu plus abondante.*

Le 24. *Albumine augmente.* La canule est un peu noire, la diphthérie de la plaie est stationnaire. Agitation.

Le 25. Signes de broncho-pneumonie. *Beaucoup d'albumine.* Mort le soir.

OBS. 115. (P.)

Chaudet, 2 ans 1/2, 24 novembre 1885. Malade depuis hier, F. m. étendues et peu épaisses sur les piliers postérieurs. Tirage prononcé. Adénopathie légère. Trachéotomie.

Le 27. Assez bon aspect, malgré une fièvre assez vive. Gros râles dans la poitrine. Gorge stationnaire. *Un peu d'albumine.*

Le 28. *L'albumine augmente.* Aggravation de l'angine : F. m. épaisses, en plaques sur les deux amygdales et les piliers ; aspect gris des F. m. Aggravation de l'état général. Mort le soir avec de la broncho-pneumonie.

Obs. 116. (Th.)

Calliet, 3 ans, 7 février 1882. Malade depuis le 4. Faciès rouge. F. m. grises sur les amygdales et la paroi du pharynx, pas de tirage, voix un peu couverte.

Le 8. *Ur. n° 4. Pas d'albumine.* Jetage séreux.

Le 10. *Ur. n°* 4. Plaque diphthérique sur la commissure labiale. Dans la journée rejet de F. m. tubulées.

Le 12. Jetage plus abondant depuis hier. Haleine fétide. Tousse en croup, mais sans tirage. Même état de la lèvre.

Le 13. Mort. *Les dernières urines sont albumineuses et très troubles par refroidissement.*

Obs. 117. (P.)

Beaufils, 2 novembre 1885. F. m. épaisses sur les amygdales, les piliers et le pharynx. Muqueuse rouge et un peu tuméfiée. Peu d'adénopathie. Opérée le soir.

Le 3. *Peu d'albumine.* Le pharynx et l'isthme sont complètement recouverts par une fausse membrane d'aspect grisâtre et pultacé. Muqueuse saignante au moindre contact. Adénopathie considérable. *Peu d'albumine.*

Le 4. Le cou est très tuméfié. Le tissu cellulaire est œdématié. Teint plombé. Même état de la gorge. Cyanose. *Albumine à flot.* Mort à 2 heures du soir.

Obs. 118. (Th.)

Bon..., 4 ans, 23 avril 1882. Accès de suffocation dans la nuit précédente. Dyspnée persistante, signes de croup. Opéré. Faciès bon. Peu d'adénopathie; fausses membranes blanches peu confluentes sur les amygdales.

Le 24. *Albuminurie abondante*; *ur. n°* 4. Battement des ailes du nez. Mort dans la plus vive agitation. A l'autopsie, diphthérie trachéo-bronchique.

OBS. 120. (P.)

Durand, 3 ans, 4 novembre 1885. Début le 3 par un accès de suffocation. Deux accès aujourd'hui. F. m. sur les amygdales. Adénopathie peu considérable. Respiration bruyante. Toux éraillée, pas de tirage, coryza.

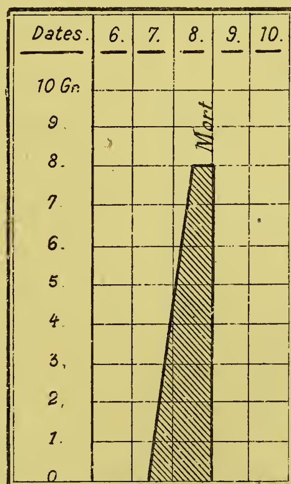
Le 5. *Pas d'albumine.* Transpiration faciale. Voix claire. Une grande plaque sur l'amygdale gauche. Une petite à droite.

Le 6. *Ur. très chargées de sel, pas d'albumine.*

Le 9. Adénopathie considérable. Bouffissure de la face. *Albuminurie apparaît.* Plaque de diphthérie sur la plaie, canule noire. Expectoration purulente. Mort. A l'autopsie, diphthérie trachéo-bronchique.

OBS. 121. (P.)

Dubo, 8 ans, 6 novembre 1885. Entré presque asphyxié. *Trachéotomie* immédiatement, très pâle.



Le 7. *Albumine* 0 *gr.* 15. *Urines claires.* Adénopathie plus

considérable à droite, douloureuse. Crache une grande F. m. par la canule. Vers 11 h. 1/2 crache encore une membrane, longue, épaisse. Respiration bonne. Se nourrit bien.

Le 8. *Albumine 8 gr. Ur. claires.* Mauvais état général. Râles, rend du pus par la canule. Mort avec de la broncho-pneumonie et de la diphthérie trachéale.

Obs. 122. (P.)

Gorrichon, 12 ans, 20 novembre. Convalescente de fièvre typhoïde, lorsqu'il y a 10 jours, elle a souffert un peu de la gorge, et 2 jours après, une éruption de rougeole se montrait. Depuis hier, elle rend des F. m. ramifiées d'une longueur de près de 0,10 cent. A son entrée dyspnée assez vive, respiration faible mais pure, voix éteinte, pas de tirage. Rien dans la gorge, adénopathie légère, non douloureuse. Elle continue à rendre des F. m. ramifiées.

Le 21. *Pas d'albumine.* Rejette du pus.

Le 22. *Pas d'albumine.* Un peu plus de dyspnée. Mange peu. Le soir elle se plaint d'un violent mal de tête, et de gêne thoracique qui l'oppresse. Elle a encore rendu des F. m.

Le 23. La dyspnée fait des progrès menaçants : Parole haletante ; nuit très agitée. Murmure vésiculaire très affaibli. *Un peu d'albumine.*

Le 24. Cyanose. Asphyxie. On n'entend presque plus de bruit vésiculaire. Mort dans la matinée.

Obs. 123. (P.)

M..., Georges, 5 ans, 17 novembre 1885. Malade depuis 2 jours. Tirage. Cyanose. Opéré.

Le 18. *Pas d'albumine.* Respiration bonne. Amygdales grosses, se touchant presque. F. m. sur l'amygdale droite, un peu à gauche ; coryza. Dans la journée, respiration s'accélère, pouls petit et rapide ; vomissements.

Le 19. *Albumine* 0 *gr.* 25. Râles humides nombreux. Agitation, pâleur. Légère adénopathie gauche. Mort. A l'autopsie diphthérie trachéo-bronchique.

Obs. 124. (Th.)

Leblanc, 6 ans, 29 décembre 1885. Malade depuis 3 jours, légère angine blanche, *pas d'albumine*; le 31 elle semble guérie. Le 3 janvier : depuis 2 jours, vomissements et diarrhée. Rend de temps en temps les liquides par le nez. *Albumine notable.*

Le 4. *Depuis hier à peine* 100 *gr. d'urine foncée très albumineuse*, faciès pâle, voix enrouée, bitonale; paralysie du palais, pharynx rouge, pas d'adénopathie. Le soir les vomissements persistent; mort dans la nuit. Depuis ce matin n'a rendu que 100 *gr. d'urine foncée, albumineuse :* la mort a été précédée de convulsions, de cris, et d'un véritable ténesme rectal.

Obs. 125. (Th.)

Leroy, 6 ans, 16 février 1882. Malade depuis 3 jours. Apporté presque asphyxié. Opéré de suite.

Le 17. *Ur. n° 3. Sans albumine.* Plaque blanche sur l'amygdale droite. Il est gai.

Le 18. *Ur. n°* 2, *légère albuminurie.* Diphthérie de la plaie. Abattement, pâleur; mort la nuit.

Obs. 126. (Th.)

Laitron, 2 ans 1/2, 3 janvier 1882. Un peu souffrant, depuis quelques jours, lorsqu'il est pris d'une dyspnée subite dans la nuit du 1er au 2. A l'entrée il est calme. F. m. sur les amygdales, muqueuse rouge. Dans la journée, trachéotomie. Rejet de F. m. par la canule. *Ur. pâles, sans albumine.*

Le 4. Agitation, respiration anxieuse. *Ur. pâle très albumineuse.* Mort le soir.

Obs. 127. (P.)

Paget, 5 ans, 25 novembre 1885. Malade depuis 4 jours Opéré à son entrée.

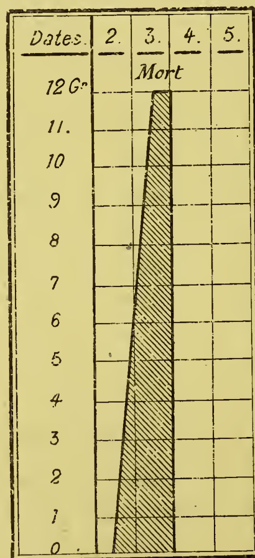
Le 26. Le fond du pharynx est tapissé de F. m. assez épaisses et continues. Fièvre et agitation. Râles sous-crépitants nombreux dans les deux poumons. *Pas d'albumine.*

Le 28. Persistance de l'angine. Signes de broncho-pneumonie des deux côtés. *Pas d'albumine.*

Le 29. Aggravation. *Un peu d'albumine.* Mort.

Obs 128. (P.)

Perini, 2 ans 1/2, 31 octobre 1885. Le 30 octobre à 4 heures



du soir, gorge rouge sans F. m. A 8 heures du soir, un point blanc sur l'amygdale gauche.

Le 31 au matin, F. m. nombreuses, voix déjà rauque ; le soir tirage léger. Opéré dans la nuit du 31.

1er novembre. L'enfant a bonne mine. Peu d'adénopathie. Amygdale, voile du palais et pharynx couverts de F. m. blanches peu épaisses. Muqueuse rouge brun.

Le 13. Respiration accélérée. Battements des ailes du nez. Toux fréquente. A rendu une F. m. après le changement de canule. Les F. m. sont plus épaisses, la gorge est rouge. L'adénopathie reste normale. L'enfant pâlit. Agitation.

Le 3. Respiration accélérée, râle trachéal. Cyanose, insensibilité. Refroidissement. Mort.

Obs. 129. (P.)

Roblin, 2 ans 1/2, 27 novembre 1885. Elle est malade depuis hier : croup sans angine ; opérée à son entrée.

Le 29. L'enfant a bon aspect. Respiration calme. *Ur. très chargées, pas d'albumine.*

Le 30. Agitation et fièvre vive. Râles sous-crépitants très abondants aux deux bases. *Un peu d'albumine.* Mort à 6 heures.

Obs. 130. (P.)

Limonet, 2 ans 1/2, 2 novembre 1885. Malade depuis le 30. Le 31 sa mère s'aperçoit de plaques blanches dans la gorge ; dans la nuit du 1er au 2 novembre, crises d'étouffement. Le matin du 2 novembre elle prend un vomitif sans rendre de F. m. A son entrée points blancs séparés sur les amygdales, qui sont un peu grosses. Peu d'adénopathie. Voix éteinte, toux éraillée, couverte. Tirage sus et sous-sternal. Etat général assez bon. *Pas d'albumine*, trachéotomie le 2.

Le 3. L'enfant joue. Gorge presque normale. *Léger louche albumineux.*

Le 4. *Albumine non appréciable au dosimètre.*

Le 5. *Albumine non appréciable.* S'est passée de canule pendant deux heures. Appétit. Bon aspect.

Le 6. *Pas d'albumine.* La canule n'a été remise que ce soir.

Le 7. *Pas d'albumine.* Se passe de canule.

Le 8. Nuit sans canule de hier à ce matin. La fin de la journée est moins bonne, il y a de l'agitation, la respiration s'embarrasse et on a dû lui remettre une petite canule.

Le 9. *Albumine en assez grande quantité.* Agitation. Rougeur de la face. Toux. Fièvre. Ce soir on a pu lui enlever sa canule, mais pendant une heure seulement.

Le 10. La canule a dû rester en place. Par la plaie l'enfant a rejeté des F. m. *Albumine augmente.*

Le 12. *Même quantité d'albumine.* Elle a encore rendu des F. m. par sa plaie, après une vaine tentative de la priver de sa canule.

Le 14. La plaie s'est agrandie, et les tissus sont comme disséqués. *Albumine comme hier.*

Le 16. Pâleur. Abattement, refuse de manger. Respiration très superficielle, elle ouvre la bouche comme un poisson hors de l'eau. Mort dans la nuit du 17 au 18, sans convulsions.

Obs. 131. (P.)

Vig..., 6 ans 1/2, 2 novembre 1885. Toux depuis 5 jours. Accès de suffocation depuis hier. Opéré.

Le 3. *Albumine notable.* F. m. peu épaisse sur l'amygdale droite. Muqueuse un peu rouge. Peu d'adénopathie. Un vésicatoire à la région dorsale, non diphthérisé.

Le 3. *Albumine 1 gr.* Vomissements, agitation. Petite plaque diphthérique à la partie inférieure de la plaie, rougeur tout autour. Adénopathie augmente. Râles fins nombreux.

Le 5. Adénopathie aggravée encore. Coryza diphthérique. Paralysie du voile du palais ; broncho-pneumonie. Mort par asphyxie avec des convulsions et des contractures des extrémités.

N. B. — Si l'on consulte les observations précédentes on n'y trouvera pas l'indication du traitement. Partant de là on pourrait en conclure que je n'y ai attaché aucune importance. Il n'en est rien. S'il est une maladie où le médecin doive lutter pied à pied et jusqu'au dernier moment, c'est bien dans la diphthérie ; trop souvent on se figure avoir tout fait après avoir ouvert le cou. On oublie l'angine et les autres localisations de la diphthérie, s'en remettant pour ainsi dire au hasard, à sa chance, pour obtenir une guérison ; souvent même on ne soigne pas la plaie. Les crachats, le pus, les fausses membranes la baignent, et, coupable d'oublier *l'antisepsie médicale*, le médecin néglige l'antisepsie *chirurgicale* la plus élémentaire. Aussi que de complications dont la diphthérie est bien innocente pour la plupart, j'ai nommé l'érysipèle, le phlegmon péritrachéal, la diphthérie de la plaie, son agrandissement tardif, dans lequel on assiste à la plus hideuse dissection du cou. Heureux encore, lorsque les infirmières, en confondant les canules, ne transmettent pas elles-mêmes à de malheureux enfants, le phlegmon ou l'érysipèle d'un autre.

Ces réserves faites, peut-être un peu en dehors de mon sujet, je résume les principaux traitements. Localement M. Archambault a souvent employé le pétrole en badigeonnages, d'autres fois le chlorate de potasse.

Dans le service de M. Descroizilles, nous avons essayé bien des choses, en partant de ce principe que l'on doit traiter localement la diphthérie. Badigeonnages à la glycérine phéniquée ou iodoformée. Pulvérisations, antiseptiques d'acide benzoïque, salicylique et phénique. Lavages

à l'eau de chaux. A propos des pulvérisations que je viens de citer, il ne semble pas prudent de les faire au devant du malade ; il nous a paru que le contact de ces vapeurs refroidies n'était pas sans dangers dans une maladie où la broncho-pneumonie est si fréquente et si redoutable : mais elles seront inoffensives et efficaces si la pulvérisation se fait dans la pièce où se tient l'enfant.

Quant au traitement général : tous nos malades étaient soumis à une médication tonique dans laquelle l'alimentation, le café, l'alcool tiennent une large part. Faire manger les enfants diphthériques, tout est là.

Quelques croups ont guéri sans trachéotomie ; l'expulsion des fausses membranes a été aidée par quelques doses d'ipéca, mais prudemment administré, et chez des enfants vigoureux. C'est une médication à surveiller, et qu'il ne faut employer qu'à bon escient.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

OUVRAGES GÉNÉRAUX

BARTELS. — *Maladies du rein.*
CORNIL et BRAULT. — *Maladies du rein.*
CADET DE GASSICOURT. — *Maladies de l'enfance*, t. III.
DAMASCHINO. — *Madies des voies digestives.*
DESCROIZILLES. — *Maladies des enfants .*
DESPINE et PICOT. — *Maladies des enfants.*
FRANCOTTE. — *De la diphthérie.*
LABADIE-LAGRAVE. — *Reins.* — Dict. de méd. pratique.
LANCEREAUX. — *Reins.* — Dict. Encyclopéd.
LECORCHÉ. — *Maladies des reins.*
LORAIN et LÉPINE. — *Diphthérie.* Dict. de méd. pratique.
RAYER. — *Maladies des reins.*
RILLIET et BARTHEZ. — *Maladies des enfants.*
SANNÉ. — *Traité de la diphthérie.*
— *Diphthérie.* Diction. encyclopédique.
TROUSSEAU. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu.
ZIEMSSEN'S HANDBUCH. — Article *Albuminurie,* t. 9.
— Article *Diphthérie,* t. 2.
GUBLER. — Dict. encyclop., art *Albuminurie.*
JACCOUD. — Dict. de méd. pratique art. *Albuminurie.*

ALBUMINURIE

MILLARD. — Thèse de doctorat, 1858.
WADE. — The Midland Quaterly Journal of medical sciences, 1875.
JAMES. — Medical Times and Gazet., 1857.

BOUCHUT et EMPIS. — Académie des sciences 1858 (Comptes rendus.)
SÉE (G.) — Société médicale des hôpitaux, 1858.
ROGER. — Société médicale des hôpitaux, 1858.
BARTHEZ. — Gazette hebdomadaire, 1859.
LORAIN. — Thèse d'agrégation, 1860.
HERVIEUX. — Thèse d'agrégation, 1860.
GUBLER. — Gazette médicale de Paris, 1861.
ABEILLE. — *Traité des maladies à urines alb. et sucrées*, 1863.
GERME. — Th. 1864.
JOHSON. — The Lancet. Rev. d'Hayem, t. 6, 1875.
HENOCH. -- Berliner clinische Wochens., 1875.
HOMOLLE. — Rev. d'Hayem — Revue générale, 1876.
MOIZARD. — Th. de doctorat. Relat. de croups à Ste-Eugénie, 1876.
CADET DE GASSICOURT. — Rev. des maladies de l'enfance, 1884.
J. SIMON. — Leçon dans la Semaine médicale, 1885.

LÉSIONS ET PARASITE

Die allgemeine pathologie de KLEBS.
LOEFFLER. — Fortschnitt der medicin, 1883.
Analysé, in Journal des connaissances médicales, 1884.
Traités de bactériologie.
CORNIL et BABÈS. — *Les Bactéries*.
TALAMON. — Société anatomique, 1879 in revue Hayem, t. 19.
BRAULT. — Journal de l'anatomie, 1880.
GAUCHER. — *Pathogénie des Néphrites*. Gaz. hebdomad. et Société biologie, 1881.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 5

1. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ALBUMINURIE ET LES LÉSIONS RÉNALES DE LA DIPHTHÉRIE ET SUR LA VALEUR SÉMIOLOGIQUE DE L'ALBUMINURIE 7

2. URINES 18

Coloration et transparence 18

Rapports de ces caractères avec l'albuminurie 20

Quantité 20

3. ALBUMINURIE 22

Fréquence 22

Époque d'apparition 23

Coagulabilité et rétractilité 26

Quantité 26

Rapports de la quantité avec les autres manifestations de la diphthérie 27

1° Albuminurie légère 27

2° » abondante 29

3° » variable 30

Marche et caractères cliniques 35

1° Albuminurie légère 36

2° » abondante 37

3° » variable 38

Durée 41

Pronostic 42

Valeur sémiologique 43

Valeur diagnostique 43

Valeur pronostique 44

1° Absence d'albumine 48

Pages

2° Albuminurie légère 50
a. Passagère 51
b. Permanente 52
c. Intermittente 53
3° Albuminurie abondante 53
4° » variable 55
1. Peu abondante 55
2. Abondante 56
A. Passagère 56
B. Terminale 57
C. Croissante régulièrement 58

Conclusions 61

Observations 65

Index bibliographique 131

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE